

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL EM SAÚDE

Lausanne Souza Borges

DESIGUALDADE E O TRABALHO DE PARTEJAR NO BRASIL:
questões para a educação profissional na área materno-infantil

Rio de Janeiro

2013

Lausanne Souza Borges

DESIGUALDADE E O TRABALHO DE PARTEJAR NO BRASIL:

questões para a educação profissional na área materno-infantil

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a Carla Macedo Martins.

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

B732d Borges, Lausanne Souza
 Desigualdade e o trabalho de partear no
 Brasil: questões para a educação profissional na
 área materno-infantil/ Lausanne Souza Borges. -
 Rio de Janeiro, 2013.
 108 f.

Orientador: Carla Macedo Martins

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2013.

1. Formação Profissionalizante. 2. Saúde. 3. Saúde
Materno-Infantil. 4. Parto. 5. Humanização. I.
Martins, Carla Macedo. II. Título.

CDD 370.113

Lausanne Souza Borges

DESIGUALDADE E O TRABALHO DE PARTEJAR NO BRASIL:

questões para a educação profissional na área materno-infantil

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 27/09/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Carla Macedo Martins – FIOCRUZ / EPSJV

Prof. Dr. José Rodrigues - UFF

Prof. Dr. Júlio Cesar França Lima - FIOCRUZ

Dedico esse trabalho à minha família,
professores, estudantes e profissionais da
área da Atenção Primária à Saúde.

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha orientadora por ter me acolhido durante essa trajetória acadêmica, a franqueza e toda atenção dispensada.

Aos inesquecíveis momentos de discussões intelectuais compartilhadas junto aos professores pesquisadores, a presteza e generosidade da nossa secretária de curso e funcionários da Escola que são solidários em todo processo de formação de jovens e adultos.

A meus companheiros de turma que me ajudaram a dividir a ansiedade diária de caminhar pela trilha da pesquisa em busca de conhecimento.

Aos professores José Rodrigues e Júlio Cesar França Lima que participaram da Banca Examinadora de Qualificação do projeto de pesquisa desta dissertação, por terem apresentado relevantes contribuições norteadoras para efetivação deste trabalho.

Aos amigos que contribuíram direta e indiretamente com palavras e gestos de incentivo durante a trajetória do mestrado.

À minha família pela torcida e compreensão pela ausência em muitos momentos, justificados por estar focada no desafio de escrever a dissertação.

“Tudo que existe, existe talvez porque

outra coisa existe.

Nada é. Tudo coexiste:

talvez assim seja certo...”.

Fernando Pessoa

RESUMO

O estudo analisa os condicionantes histórico-sociais da prática de parturizar e a formação dual dos trabalhadores que atuam na área materno-infantil no Brasil. Para tanto, a dissertação considera o trabalho na área referida, à luz das especificidades que o orientam. Na introdução, apresenta-se um breve panorama do trabalho de partejar, discutindo a transmissão deste saber nas distintas civilizações humanas, até ser nominado como função especializada, ou seja, como um ramo tecnocientífico unidimensional restrito ao conhecimento médico da área obstétrica. O Capítulo 1 problematiza o paradigma político-econômico que envolve o parto atual enquanto produto constituído no âmbito da sociedade capitalista, abordando dois pontos: a divisão social do trabalho e a realização de distintas tarefas pelos trabalhadores de saúde; e a comparação, a partir do contexto referido, entre assistência hospitalar tecnocrata e o cuidado domiciliar baseado no saber ancestral das parteiras tradicionais. O Capítulo 2 analisa o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde brasileiro – nos aspectos relacionados à garantia de cuidados profissionais para a gestante no momento do parto – e, neste contexto, a proposta do Programa Rede Cegonha direcionada à qualificação do trabalhador da área materno-infantil. A dissertação conclui indicando, a partir da perspectiva de que o parto não constitui um fato natural e sim um ato socialmente produzido, a necessidade de superar a contradição histórica discutida na formação desigual do trabalhador que atua no âmbito da saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: formação profissional em saúde; saúde materno-infantil; humanização; parto; Programa Rede Cegonha.

ABSTRACT

The study analyses the social and historical conditionants of parturition and the dual formation of workers involved in the maternal and child area in Brazil. For both topics, the dissertation considers the job in the referred area, regarding the specificities the abide it. In the introduction, a brief outlook about midwifery is presented, discussing the transmission of this knowledge amongst distinct human civilizations, until it is nominated as an expertise, in other words, as a technoscientific unidimensional branch restricted to medical knowledge in obstetrics. Chapter 1 problematizes the political and economic paradigm that involves the nowadays parturition as a constituted product in the scope of capitalist society, addressing two points: social division of labor and the execution of distinct tasks by healthcare workers; and the comparison, from the referred context, between technocrat hospital assistance and home care based upon traditional midwives' ancestral knowledge. Chapter 2 analyses the Brazilian Healthcare Ministry Prenatal and Birth Humanization Program - in the aspects related to the guarantee of professional care for pregnant in the moment of parturition - and, in this context, the proposal of Rede Cegonha Program towards qualification of maternal and child area worker. The dissertation concludes indicating, from the perspective that the parturition does not constitute a natural fact but a socially produced act, the need to overcome the historical contradiction discussed in the unequal formation of the worker that is involved in the scope of Sistema Único de Saúde(SUS) maternal and child healthcare.

Keywords: professional formation in healthcare, maternal and child healthcare; humanization; parturition; Rede Cegonha Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Assistência ao parto.	14
Figura 2 - Enfermaria do Hôtel Dieu no século XVII. Gravura de C. Tollet, Paris 1892... ..	19
Figura 3 - Novo Hôtel Dieu construído no final do século XVIII, segundo os conceitos e orientações de Tenon. Cartão postal sem identificação de autoria, Paris, século XIX.	19
Figura 4 - Fórceps obstétrico.	26
Figura 5 - Inalador de éter de ombrédanne, origem francesa (1871-1956).	26
Figura 6 - Parteiras com suas bolsas de trabalho, em Santarém (PA), década de 1940.	43
Figura 7 – Cartaz da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.	52
Figura 9 - Planta sugerida para CPN.	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações da pesquisa nacional sobre demografia – BEMFAM.....	45
Quadro 2 - Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões – 1940/2010.	46
Quadro 3 - Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001 e 2007, por região.	57
Quadro 4 - Número de famílias cadastradas pela ESF – MS.	57
Quadro 5 - Nascimento por local de ocorrência – Região Centro-Oeste – 2009.	58
Quadro 6 - Óbitos de mulheres em idade fértil no Estado do Rio de Janeiro.	73
Quadro 7 - Nascimento por Local de Ocorrência – Mun. Rio de Janeiro.....	78

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 - Número de Parteiras por Região no Brasil cadastrada no CBO – 2013.....	59
Tabela 2 - Valores pagos nos procedimentos do parto – MS - 2013.....	60
Gráfico 1 – Percentual de nascimentos por parto cesáreo segundo cor/raça. Brasil, 2000 e 2010.....	50
Gráfico 2 - Linha do Tempo dos Nascimentos 2000 a 2010 Brasil.....	55
Gráfico 3 - Série Histórica dos Tipos de Parto – Estado do RJ.....	56

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
BENFAN	Bem-Estar Familiar/ONG
CAB	Caderno de Atenção Básica
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações/MTE
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPN	Centro Parto Normal
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DASIS	Departamento de Análise de Situação de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	<i>Estats Units of America</i> – Estados Unidos da América
FEBRASCO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde/MS
GM	Gabinete do Ministro/MS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MIF	Morte em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais
PAISM	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAPS	Programa de Atenção Primária à Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNHPN	Programa Nacional Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento
RAS	Rede de Assistência à Saúde
RADIS	Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento Tabela Unificada
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPACTO	Instrumento virtual de pactuação de indicadores, com resultados alcançados no ano anterior e a proposta de meta para o ano em curso
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde/MS
TABNET	Base eletrônica de indicadores construída pelo Datasus
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. O PARTEJAR EM DISTINTAS SOCIEDADES	14
1.2. A FORMAÇÃO “PROFISSIONAL” PARA PARTEJAR	18
1.3. A TECNOLOGIA PARA A TOCOCIRURGIA.....	23
2. O PARTO NO BRASIL	29
2.1. BRASIL COLÔNIA	29
2.2. CHEGADA DA FAMÍLIA REAL PORTUGUESA ATÉ A 1ª REPÚBLICA	35
2.3. ESTADO GETULISTA ATÉ A DITADURA MILITAR	40
2.4. OS ANOS DA DITADURA MILITAR.....	43
2.5. PERÍODO DE DEMOCRATIZAÇÃO E O ESTADO NEOLIBERAL.....	52
3. A REDE CEGONHA	65
3.1. APRESENTAÇÃO.....	65
3.2. CONTRADIÇÕES DA REDE CEGONHA	71
3.3. ANÁLISE DO DISCURSO DOS MANUAIS PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS	80
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
5. REFERÊNCIAS	90
6. ANEXOS	93
PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011	93

1. INTRODUÇÃO

Para contextualizar esse estudo, apresento uma rápida síntese referente ao caminho que percorri enquanto profissional da área de saúde por duas décadas. Concursada pelo Ministério da Saúde aos 23 anos, residente no interior da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, ingressei no serviço público na área administrativa da assistência médica na ocasião, com formação de nível médio em 1986. Cursei a graduação de Pedagogia, por não haver na cidade oferta de cursos no setor saúde.

Em 1999, fui convidada para assumir o Programa Municipal de Educação em Saúde, onde obtive experiência na área de Saúde Coletiva por três anos. Conseqüentemente, fui assumindo desafios profissionais que precisavam cada vez mais de maior qualificação e condições para avançar no caminho das discussões sobre prevenção e promoção em saúde. Fato que me fez aceitar o convite para compor a equipe para implantação do Projeto VIGISUS na Superintendência Estadual de Vigilância da Saúde. Na Secretaria Estadual de Saúde, tornou-se possível realizar as Pós-Graduações na Fundação Oswaldo Cruz como especialista e mestre.

Enfim, convivi ao longo destes anos com questões que se apresentam como enfrentamentos para a saúde pública no Estado do Rio de Janeiro. Podemos citar a Tuberculose, a Dengue e os óbitos maternos como agravos de morbimortalidade nessa população. Não por acaso, são doenças decorrentes das condições sociais que cercam os numerosos grupamentos de indivíduos que vivem em regiões metropolitanas.

Definir o tema para a dissertação que conjugasse o interesse por trazer questões relacionadas à formação profissional em saúde de maneira a oferecer assistência equânime em diferentes realidades territoriais tendo a Atenção Primária como cenário. Isso nos levou a pensar se haveria cursos oferecidos para o cuidado materno-infantil relacionado ao trabalho de realizar partos. Inicialmente investigamos na Rede de Escolas Técnicas do SUS no país (RET-SUS).

Encontramos o Centro de Formação de Pessoal para Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza, no Estado do Rio Grande do Norte, que disponibiliza na página

eletrônica da RET-SUS informações referentes ao curso de Qualificação para atender ao Plano de Redução da Mortalidade Infantil – RMI, destinado a municípios que desejam investir na formação junto a seus profissionais. A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso em Cuiabá oferece o curso de Aperfeiçoamento para Redução da Mortalidade Materno Infantil, conveniado a 13 municípios prioritários no Estado, cujo público-alvo é de ACS, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuem na Atenção Básica e Maternidades.

A ideia era estudar o currículo destes cursos para avaliar se o conteúdo selecionado estava adequado à realidade do território. Porém, a dificuldade da distância, do tempo para investigação e ausência de financiamento nos redirecionou para a temática voltada à caracterização do trabalho de partear no Brasil e os condicionantes históricos sociais dessa prática na perspectiva da formação de seus executores.

Para tratar o assunto trabalho, referimo-nos à corrente de pensamento materialismo histórico dialético, que vem colocar o trabalho no centro da discussão. Marx (1996) reconhece o trabalho como elo na relação intrínseca entre homem-natureza. A capacidade de trabalhar, fato intencional, o distingue dos demais seres vivos. Em sua obra, o autor usa metáforas para demonstrar a racionalidade da intenção humana para o trabalho:

“Uma aranha executa operações semelhantes as do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de sua colmeia. Mas o que o distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo na cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto idealmente”. (Marx, 1996, p.298)

A relação entre homem-natureza produz mudanças em ambos, por ser um processo mediado no meio ambiente e na vida compartilhada com semelhantes. Portanto, essa concepção nos faz entender o Homem enquanto sujeito indutor das condições materiais necessárias para sua sobrevivência em sociedade. Esse arcabouço teórico nos ajuda a correlacionar as transformações sociais resultantes das ações desses sujeitos fazedores da história humana, que, nesse processo, também se autoproduzem.

Conceber a vida humana nas sociedades primitivas é objeto tratado por estudiosos como fato inerente a cada grupo em particular. A mulher ao parir uma criança nos campos ou no interior das cavernas, era incorporada com seu bebê aos demais integrantes do clã.

As tribos que abandonaram os hábitos nômades de simples coletores, segundo pesquisadores, o fizeram por conhecer o uso do fogo. A capacidade de aquecer os corpos, cozinhar e cunhar ferramentas rudimentares para caça e cultivo da terra, levou os indivíduos a construir abrigos permanentes. Desta forma, avançaram na realização do trabalho cognitivo e na transmissão do saber acumulado por gerações, organizando-se em distintos territórios.

Como a vida do ser humano é configurada pela concretude de suas escolhas e realizações feitas em algum momento, o resultado de sua ação modificou ou manteve as circunstâncias que ordenou a organização destas sociedades na história mais remota. Assim, a relação dialética entre trabalho, educação e cultura é definida por Saviani nos seguintes termos: “Os homens apropriavam-se coletivamente dos meios de produção da existência e nesse processo educavam-se e educavam as novas gerações”. (Saviani, 2007, p.154)

Destacamos que o trabalho e a educação ganham dimensões ontológico-históricas porque somente o Homem é capaz de fazê-lo, diferentemente das demais espécies. A centralidade da nossa discussão vem discriminar o trabalho e a educação primitiva fundamentada na transmissão do saber e no fazer comunal, mas o autor adverte que historicamente isso foi modificado, quando ocorreu o ato de escravizar. Daí surgiu o aprendizado para o trabalho escravo e o ócio do senhor dominador, este último sendo aquele indivíduo que passou a ter tempo livre para desenvolver atividades como a guerra, religião e política.

A partir deste ponto, trazemos a divisão social estabelecida pelo trabalho e o saber, atributos que deram origem à dicotomia entre o fazer e o pensar na espécie humana. Sobre esse aspecto, percebemos a introdução de mecanismos de condutas diferenciadas na mesma cultura. Chartier (1995) esclarece essas duas concepções distintas de cultura popular, a primeira reconhecida como um sistema simbólico coerente e autônomo. A outra preocupada em lembrar a existência das relações de dominação que organizam o mundo social (Chartier, 1995, p.179).

Nesse contexto de acumulação simbólica, o repasse do saber contínuo passou a ser o alicerce de preservação da espécie humana no planeta. Desenvolveram-se as tradições, os rituais e as crenças que legitimaram as práticas ancestrais cultuadas para minimizar a dor e

ferimentos dos povos na antiguidade. Nesse processo, é possível entender a transição do cuidado individual para hábitos de assistência mútua. Os antropólogos Rosenberg & Trevatham (2002) defendem que a atividade das parteiras é a mais antiga profissão conhecida.

O presente estudo busca analisar os aspectos que envolvem o trabalho de fazer partos no Brasil, transita por fatos histórico-sociais que fundamentaram as relações conflituosas e desiguais em torno de sua prática à luz das políticas públicas na área materno-infantil.

No primeiro momento, é traçado um breve panorama sobre o ofício de fazer partos em distintas sociedades e os aspectos relacionados ao conhecimento sobre tocologia. É retratado o surgimento da ciência obstétrica, o desenvolvimento de aparatos e insumos que modificaram o trabalho de partejar na sociedade contemporânea.

Em seguida, verifica-se o papel do Estado enquanto definidor de políticas públicas em saúde na área materna e infantil. No contexto, descobriu-se a saúde materna e infantil enquanto estratégia pensada para reestruturar a sociedade brasileira associada ao posicionamento político-econômico voltado para a modernidade. Nessa direção, observa-se a condução de hábitos higienistas de educação sanitária no padrão internacional, prescrito para formação e prática da assistência ao parto. E o movimento dos trabalhadores da saúde na proposta de quebra da hegemonia do parto cirúrgico no bojo das práticas instituídas na rede pública de saúde.

Nas considerações finais, apresentadas no último capítulo, discute-se o Programa da Rede Cegonha, visto como dispositivo atualizado do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, cuja estruturação prevê assegurar assistência à gestante na perspectiva da equidade. Para tanto, dispõe de recursos para o incremento e custeio de ações como Maternidade Segura, treinamento de Parteiras Tradicionais, qualificação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção e a realização de investimentos em unidades hospitalares da rede de saúde pública.

Conclui-se, a política nacional na área materno-infantil vigente vem priorizar medidas de acompanhamento ao parto e nascimento, de modo a evitar práticas intervencionistas desnecessárias que, embora instituídas, não favorecem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam riscos à saúde de ambos. Nesse contexto, é

reconhecido o trabalho das parteiras tradicionais e a implantação de Centros de Partos Normais como estratégias à melhoria do acesso e da qualidade da assistência às gestantes no SUS. Contradizendo e tencionando as diretrizes da política, subsiste o trabalho hegemônico médico-hospitalar, na venda expressa do parto cirúrgico como procedimento quantificado na tendência neoliberal mercadológica do setor saúde.

1.1.O PARTEJAR EM DISTINTAS SOCIEDADES

Atividades assistenciais pensadas para o ato de partejar no Egito foram registradas em torno do ano de 2900 a.C. O acompanhamento do estado gestacional era feito pelos egípcios no intuito de garantir a vida de um maior número de indivíduos saudáveis para o cultivo de alimentos. A terra constituía a base direta da subsistência desta civilização. Rezende (2001), em seus estudos sobre Obstetrícia, compilou informações que nos fornecem a base da construção dos conhecimentos relativos à tocológia, ao partejar em vários períodos históricos.

Os desenhos abaixo nos demonstram o uso de cadeiras obstétricas desenvolvidas por essa civilização. São gravuras de baixo relevo esculpidas em templos, onde há mulheres dando à luz neste artefato. Encontraram-se também decretos religiosos que proibiam a assistência masculina ao parto. Estima-se que tais evidências históricas são datadas entre 6500-5700 a.C.



Figura 1 – Assistência ao parto.

Fonte: Centro Pastoral Afro Pe. Heitor

O termo tocológia (*tokos = parto e logos=saber*) surgiu na Grécia antiga. O uso da cadeira obstétrica também foi registrado em forma de desenhos na Grécia e Roma, onde a mulher paria sentada ou reclinada.

Hipócrates (460-c. 377 a.C.) separou a Medicina da Religião,¹ episódio que favoreceu o desenvolvimento do saber em torno do trabalho de partejar. As parteiras gregas eram incumbidas de realizar casamentos, ministravam medicamentos e interrompiam a gravidez, ato esse consentido pelas autoridades gregas na época. Saberes sobre toque vaginal, palpação do ventre e manobras uterinas para que o feto nascesse na posição cefálica faziam parte da prática dispensada usualmente à gestante grega. É registrado que os homens eram os executores dos partos difíceis, onde se encarregavam de extrair o feto. Eles também realizavam procedimentos de dissecação de órgãos e corpos quando iam a óbito. Cogita-se que o avançado conhecimento sobre anatomia adveio das observações feitas nessas práticas.

Sorano de Éfeso (98 a.C.–138 d.C.) foi autor do mais antigo tratado de partos na antiguidade – *De Morbis Mulierum* – escrito em grego. No século IV, este material foi transcrito para o latim por Aurélio Célio, sendo posteriormente resumido e adaptado para as parteiras no século VI pelo árabe Mósquio, com o título *De mulierum Passionibus*.

O Império Romano, muito antes da era cristã, repatriava gregos por trazerem conhecimentos avançados sobre medicina. Com isso, saberes da prática obstétrica foram difundidos aos romanos e povos conquistados. A mais antiga documentação autêntica sobre a operação cesariana encontra-se na *Lex Regia de Numa Pompílio – Inferendo Mortis* (c.715-c.–672 a.C.), onde o Rei de Roma ordena a abertura do ventre das gestantes mortas para tentar salvar a criança.

O Imperador Constantino, através do decreto de Milão (313 d.C.), criou o primeiro hospital em Roma. Com a expansão do Império Romano para o Oriente, em 335-1453, se

¹ Em “A Doença Sagrada” rejeitou pela primeira vez as concepções sobrenaturais das doenças. Sua capacidade de observação clínica influenciou decisivamente a erradicação de diversas superstições, desenvolvendo uma abordagem científica para a medicina e rejeitando o conceito religioso de que deuses poderiam explicar o sentido de algumas doenças e enfermidades. Xavier J. S. Revista VIDAMÉDICA, 2002, p. 25.

conformou o Império Bizantino². Nessas terras conquistadas, ocorreu a ocultação dos conhecimentos gregos sobre o corpo e tocolgia médica. Rever essas práticas era atitude considerada como ato de paganismo pelos romanos.

Já nos territórios árabes, o conhecimento cirúrgico e obstétrico avançou consideravelmente. Os Califas ordenavam a busca de textos gregos de Aristóteles e Platão nas bibliotecas de seus reinos, determinando sua tradução. Isso alavancou o aprimoramento das técnicas de parturização naqueles povos. O árabe Albucasis, nascido em Córdoba, autor de “*Cyrurgia*”, (930-1013) desenvolveu inúmeros instrumentos para realização de partos vaginais e cirúrgicos, entre eles o dilatador cervical e cefalótribo³, sendo o pioneiro a descrever a posição obstétrica elevada, hoje denominada “Walcher”. O conhecimento árabe sobre obstetrícia entra em declínio após guerras político-religiosas ocorridas em seus territórios.

Os tratados árabes sobre partejar transmitiam saberes praticado no antigo Egito e Grécia. As parteiras no Oriente conheciam técnicas sobre o abortamento, medidas rústicas anticonceptivas e cuidados com a higiene pré-natal. No século XVI, as escolas médicas da Europa foram beneficiadas ao receber parte do acervo árabe com desenhos e textos sobre tocolgia. Nessa época, os territórios árabes serviam de rota entre os europeus e asiáticos. Sua cultura podia ser compartilhada principalmente pelos países anglo-saxônicos que não sofriam a dominação austera do catolicismo.

Durante os séculos da Era Cristã, fazer partos era uma tarefa eminentemente feminina. Mulheres parentas ou vizinhas realizavam esse trabalho nas aldeias medievais. Com a expansão do predomínio da religião, o trabalho das parteiras passou a ser controlado pela Igreja Católica. Os sacerdotes arregimentavam mulheres que eram coibidas de praticar abortamento ou qualquer prática de curandeirismo. Entre os séculos XIV e XVIII, milhares de mulheres herboristas, parteiras e curandeiras foram mortas como

² Império Romano do Oriente durante a Antiguidade Tardia e a Idade Média, cuja capital era Constantinopla. Região onde hoje se localiza a Polônia, Bulgária, Áustria, Ucrânia e vizinhos.

³Instrumento que esmagava o crânio do feto a fim de retirá-lo quando não mais existissem outros recursos (VIANA e SILVA, 2010).

bruxas em fogueiras no território da Europa Ocidental⁴ por não seguirem os desígnios da fé confessional.

A preocupação com o ensino do trabalho de partejar ressurgiu no período da Renascença. Esse movimento cultural possibilitou o aprimoramento dos conhecimentos de anatomia, no cerne da produção artística dos pintores em suas “obras de arte”. Os quadros resgataram a imagem da expressão do físico. O pintor Leonardo Da Vinci (1452-1519) emprestou seu talento à ciência médica ao detalhar nos desenhos seu conhecimento inquestionável sobre anatomia humana.

Da Vinci, por ter dissecado em torno de trinta cadáveres de homens e mulheres, desenvolveu a técnica de injetar cera no interior dos órgãos para reproduzir seu contorno em desenhos. A maioria dessas figuras não pôde ser divulgada na época. Esse acervo ocultado por Da Vinci somente foi encontrado na Biblioteca Real de Windsor, no século XX.

Os desenhos do pintor serviram para tirar dúvidas dos acadêmicos da cadeira médica de Obstetrícia sobre a morfologia do interior das cavidades uterinas, corrigindo suas camadas e detalhando aspectos de sua vascularização por muitos anos. Manteve-se na vanguarda do conhecimento até a chegada dos modernos equipamentos de imagem.

Gabriel Fallopio (1523-1562) desenvolveu teses sobre o desenvolvimento do ovo humano, quando estudou o sistema de sustentação do órgão de reprodução feminino. Essa produção científica difundiu-se rapidamente pelas escolas médicas da Europa. A França, por ser um desenvolvido centro de estudo em obstetria europeia, com vasta documentação sobre anatomia, conquistou hegemonia neste campo de conhecimento a partir do século XV. Obras sobre tologia que eram escritas anteriormente em latim foram somadas a textos dissertativos e teses no idioma francês.

Muitos foram os renomados cirurgiões barbeiros que se destacaram no século XVI na França por seus avançados conhecimentos em obstetrícia e tocurgia, mas destacamos aqui Ambrósio Paré (1509-1590) e Jacques Guillemeau (1549), aluno e seguidor dos estudos de Paré. Contudo, destacamos que Paré foi uma exceção em sua época, porque não se importara em socializar suas dissertações sobre gravidez, parto e aleitamento com as parteiras francesas.

⁴ Atual Espanha, França, Alemanha e Reino Unido.

1.2. A FORMAÇÃO “PROFISSIONAL” PARA PARTEJAR

No século XV, as parteiras que atuavam no hospital público religioso Hôtel-Dieu em Paris promoviam encontros educativos entre as obstetrizes na sala de partos. Essas aulas eram restritas a poucos cirurgiões barbeiros gauleses em 1650. Somente em 1720 foi fundada a clínica médica obstétrica no *Hôtel-Dieu*. Abaixo seguem gravuras que representam dois momentos históricos do referido.



Figura 2 – Enfermaria do Hôtel Dieu no século XVII. Gravura de C. Tollet, Paris 1892.

Fonte: Wellcome Library, London, M0004486, 2007.



Figura 3 – Novo Hôtel Dieu construído no final do século XVIII, segundo os conceitos e orientações de Tenon. Cartão postal sem identificação de autoria, Paris, século XIX.

Fonte: BIUM – Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, CISA 0292.

Louise Bourgeois (1563-1636), casada com Martin Boursier, barbeiro-cirurgião assistente do renomado cirurgião Ambroise Paré, aprendeu com ambos a partejar. Louise trabalhou no hospital-escola Hôtel-Dieu, tornando-se parteira oficial da Corte de Maria de Médicis por 26 anos (1601-1627). Foi a primeira mulher a escrever trabalhos sobre

obstetrícia. Seu primeiro livro foi publicado em 1609 e era intitulado: “*Observações diversas sobre a esterilidade, perda do fruto, fecundidade, partos e doenças das mulheres e das crianças recém-nascidas, amplamente tratadas e praticados com sucesso por Louise Bourgeois, conhecida como a parteira da rainha*”. Esse trabalho foi traduzido para o alemão, latim e holandês. Seu livro foi por muito tempo considerado como o manual do trabalho de partejar para parteiras. A segunda publicação foi denominada “*Como aprendi a arte de ser parteira da rainha*”.

Lembramos também a destacada parteira da corte do rei da Prússia Frederico III, Justina Siegemundin (1650-1742), que escreveu um livro sobre tocolgia e distócia para treinar parteiras. Na publicação havia inúmeras ilustrações contendo diálogos com perguntas e resposta, cujo título era “*Die Chur Brandenburgische Hof-Wehe-Mutter*” (1690).

O ensino e a aprendizagem dos conhecimentos sobre as técnicas para realização do trabalho de partejar foram através dos tempos sendo reconfigurados. As mudanças ocorreram na medida em que essas sociedades foram se estruturando em torno do conhecimento científico.

Durante o século XVI na Itália e França, o médico que optasse por ser cirurgião não angariava prestígio na carreira, por sofrer pressões e perseguições religiosas. A decadência profissional destes cirurgiões aproximou-os dos profissionais barbeiros, boticários e parteiras. Nessa ocasião, surgiram os cirurgiões-barbeiros, médicos que inicialmente atuavam junto com as parteiras.

Aos poucos, os cirurgiões-barbeiros passaram a se interessar pelo trabalho de partejar. No entanto, para realizar a atividade, foi preciso ir além de superar o preconceito religioso; precisaram contornar o preconceito social da época. Esses cirurgiões-barbeiros chegavam a prestar juramento de não olhar para as gestantes, de somente colocar suas mãos nos corpos cobertos por lençol e na companhia de outra senhora.

A parturização enquanto trabalho realizado predominantemente por parteiras perdurou até o século XVIII na Europa. Os poucos barbeiros cirurgiões começaram a realizar partos de forma discreta. Eles eram chamados quando ocorriam complicações e se fosse necessário realizar procedimentos cirúrgicos, que normalmente levavam as parturientes a óbito devido à ausência de aparato hospitalar e medicamentos apropriados.

Nesse contexto, foi instaurado o conflito entre médicos e parteiras. As duas categorias de trabalhadores disputaram o mercado de partejar. Segundo Mello (1983), a prática das parteiras foi sendo progressivamente colocada na marginalidade, terminando por garantir o monopólio e a reserva da prática para os médicos, iniciada com as regulamentações corporativistas do final da Idade Média.

Em 1803, a França adotou uma regulamentação específica para o treinamento e controle das parteiras. Outras nações como a Áustria, Suécia, Noruega e Bélgica também adotaram esse critério anos mais tarde.

Na Inglaterra, a atividade das parteiras entrou em declínio quando ocorreu a criação da especialidade médica denominada obstetrícia, segundo Marques:

“Tendo sido por muitos séculos uma sabedoria e uma prática exclusivamente feminina, a arte de partejar passaria a ser considerada a partir do século XVIII como uma espécie de trabalho inferior, revelando com perfeita nitidez que a extensão progressiva do poder médico não se faz sem a necessidade de legitimação do direito de propriedade desta sabedoria e desta prática, pelos médicos.” (Marques, 1982, p.16).

A “*Society of apothecaries*”, uma organização médica inglesa, levantou a discussão sobre a legalização do trabalho das parteiras pelo Estado em 1813. Nesse momento histórico, os médicos denunciavam partos que apresentassem complicações quando realizado por parteiras. Mesmo sabendo que os honorários recebidos pelas parteiras eram baixos, os médicos ingleses insistiram na disputa do ofício.

O termo “Obstetrícia” foi registrado em 1819 no *Oxford English Dictionary*, e sua definição trata de parte da medicina que estuda os fenômenos da reprodução na mulher, ocupando-se com a gestação, parto e puerpério. Logo, a disputa pelo trabalho de partejar no Reino Unido deflagrou a luta entre médicos e parteiras pela apropriação deste mercado profissional.

No ano de 1866, a *Obstetrical Society of London* patrocinou um inquérito sobre a mortalidade infantil no Reino Unido. A pesquisa foi coordenada pelo médico William Farr (1807-1883) e teve a duração de três anos. Dr. Farr criou um “Comitê” responsável para elaborar o questionário com perguntas a serem respondidas pela sociedade civil que contemplassem as duas questões:

- 1 – Qual a proporção de nascimentos é atendida por homens médicos e parteiras?
- 2 – São as parteiras instruídas?

Esse inquérito científico estabeleceu os rumos da política britânica para a práxis do partejar. Segundo Marques (1982), “a investigação coordenada por Farr observou que metade a três quartos dos partos feitos na Inglaterra e País de Gales era realizado por parteiras e que nenhuma delas era “instruída” (1982, p.18)”. Em 1870, a *Obstetrical Society of London* enviou sugestões para o poder legislativo, fazendo as seguintes recomendações:

“... nenhuma pessoa deveria ser autorizada a realizar as funções de parteira ou de accoucher, a menos que ele ou ela tenha recebido instrução apropriada e tenha deixado evidente, perante uma banca examinadora competente, que possua conhecimento e experiência adequada para o atendimento de casos de parto natural. Que uma banca examinadora fosse imediatamente designada com o propósito de avaliar o conhecimento e com o propósito de fornecer certificados de competência” (Suggestions for Legislative Enactments/Obstetrical Society of London, 1870 (7). (apud Marques, 1982, p.18)

Dois anos depois, a Sociedade Obstétrica colocou em prática suas recomendações no intuito de forçar uma política reguladora britânica para a função de parteira. Para atender à necessidade de certificar a categoria das parteiras, o governo instituiu o exame para as “*midwives*” poderem receber o registro de competência para exercer sua profissão. Durante os anos de 1872 e 1900, 5.529 parteiras obtiveram a certificação para o exercício da profissão de parteira no Reino Unido.

Durante esse período, podemos notar o interesse do corporativismo médico em controlar politicamente a profissão do partejar, uma disputa acirrada por honorários, pautada na insistente desqualificação das práticas das “*midwives*” frente ao saber científico. Finalmente em 1881, foi fundado o *Midwives Institute* apoiado pelo movimento a favor do registro do trabalho das parteiras pelo órgão de luta que enviou seu primeiro projeto de lei ao Parlamento inglês.

No início do século XX, após uma longa disputa política entre médicos e parteiras, em junho do ano de 1902, o parlamento britânico assinou o projeto de lei que proibia a prática de parteiras não qualificadas, lei que entra em vigor em 1910. Entre as cláusulas desta lei, foi prevista a criação do órgão chamado *Central Midwives Board*, que teve a incumbência de cadastrar, elaborar normas de qualificação, regulamentação dos certificados, práticas e supervisão da aplicação da lei.

Em 1934, a profissão de parteira era reconhecida como parte das equipes de saúde na Inglaterra. Sua prática era assegurada a partir da conclusão do curso com duração de

três anos que as habilitava a exercer suas atividades. Nesta época, a prática ilegal da atividade já estava eliminada, o número de profissionais cadastradas no sistema de saúde inglês era de 15.442 parteiras, que faziam parte da Federação Internacional das Associações de Parteiras.

O exemplo da disputa do ofício de parturizar na sociedade britânica evidencia a influência político-social para o exercício da profissão. As parteiras se adequaram às resoluções que definiram os padrões científicos para certificação exigida, buscaram a titulação para exercer o trabalho, que passou a ser definido socialmente.

No contexto apresentado, a parteira inglesa viu seu espaço de atuação ser respeitado porque conquistaram a continuidade da formação para o trabalho. Na Inglaterra, a parteira executa seu trabalho no mesmo ambiente que a categoria médica, o hospital. A divisão do trabalho se deu para atender à necessidade da gestante. O setor médico é responsável por procedimentos cirúrgicos quando a parteira vem atestar a necessidade.

1.3. A TECNOLOGIA PARA A TOCOCIRURGIA

A partir do período Renascentista, o continente europeu instaurou o processo de transformação social fundamentado na racionalidade científica. Esse pensamento provocou significativas transformações na organização social daqueles indivíduos que se distanciaram da influência religiosa. Episódio que proveu as bases políticas e econômicas do modo de produção capitalista cuja oferta de trabalho obrigou a força produtiva a migrar das áreas rurais para as metrópoles, em busca de emprego em fábricas. Esse movimento passou a ser reconhecido como paradigma da produção fabril ou Revolução Industrial.

As cidades industrializadas impuseram um conjunto de mudanças comportamentais que reordenaram o estilo de vida social. As moradias passaram a ser construídas no espaço urbano, em torno desses polos de produção. O trabalho foi objetivado como atividade remunerada dentro de uma jornada de trabalho diário. Porém, o valor pago aos operários não assegurava a compra de bens e serviços essenciais à vida humana, o que vinha exigir o trabalho de toda a família nas fábricas.

Com essa nova orientação social, ocorreu a expansão do modelo econômico sistematizado em torno das ideias mecanicistas. A tarefa doméstica de produzir a subsistência passou a ser suprida pela compra destes itens necessários vendidos em lojas. Por exemplo, o pão caseiro foi substituído pelo fabricado nas padarias. O comércio do pão

passou a empregar mão de obra específica para fazer este alimento, exigindo equipamentos adequados para essa produção. Dessa forma, foi reconfigurada a divisão do trabalho com base no aporte técnico-científico capaz de embasar a necessidade produtiva dessa sociedade capitalizada. De acordo com Morgan:

“Muitos grupos de famílias que trabalhavam por conta própria e artesãos habilitados abandonaram a autonomia de trabalhar nas suas casas e oficinas para trabalhar em atividades que exigiam relativamente pouca habilidade em ambientes fabris. Ao mesmo tempo, os donos das fábricas e os seus engenheiros perceberam que a operação eficiente das novas máquinas, em última análise, requeria grandes mudanças no planejamento e controle do trabalho”. (Morgan, 1996, p.25)

A conduta científica adotada na época caminhou para a excessiva fragmentação das partes de um determinado fenômeno observado. No campo da biologia, foi introduzido o conceito de reducionismo, metodologia que defendeu o estudo fundamentado em partes isoladas do todo. A área da medicina se apropriou da concepção mecanicista ao assumir o modelo biomédico, que restringiu o estudo e a prática da assistência médica aos pacientes por eixo de medicalização do corpo e por área isolada. Daí surgiram as especialidades médicas por área de conhecimento, o que levou ao abandono da visão do corpo com um todo.

No campo da obstetrícia, da Inglaterra veio o fórceps obstétrico, uma ferramenta mecânica criada para extrair da cavidade vaginal o recém-nato. O fórceps foi inventado pelo inglês Peter Chamberlen (1620), que criou uma peça de metal em formato de pinça para uso em partos com distócia (Fig.4). A validação científica para o uso do fórceps aconteceu dois séculos após sua invenção, quando as escolas médicas passaram a difundir a técnica obstétrica nos cursos de medicina. Ao usar o fórceps, o profissional obstetra passou a comandar de maneira prevalente a fisiologia feminina na hora do parto com distócia.

Nesse período histórico circulava em muitos hospitais da Europa o agravo denominado febre puerperal, que acometia gestantes, levando-as a óbito. O fato foi investigado pelo médico austríaco Ignaz Semmelwes (1818-1865), especialista em obstetrícia do Hospital Geral de Viena (1844 a 1848). Dr. Semmelwes teve sua atenção despertada para o elevado número de óbito das parturientes por febre puerperal no recinto hospitalar. Várias hipóteses foram consideradas, teorias miasmáticas, a maneira como os exames eram realizados pelos estudantes de obstetrícia sem supervisão adequada dos professores e as posições em que os partos eram feitos entre outras mais.

Logo, essas teorias foram descartadas por não se sustentarem ao longo dos ensaios realizados. De concreto, constatou-se que nas duas enfermarias destinadas ao trabalho do parto, a ala que apresentava maior incidência de casos por febre puerperal era aquela em que os estudantes e médicos circulavam. Na enfermaria onde as parteiras partejavam, a incidência de óbito por febre puerperal era insignificante. Esse enigma o levou a pesquisar o tema por três anos, avaliando o trabalho realizado nas duas alas.

Em 1847, o Dr. Kolletschka se feriu com bisturi ao realizar uma autópsia, vindo a falecer por sintomas muito semelhantes ao das gestantes vítimas da febre puerperal. Dr. Semmelwes começou a observar o trajeto dos estudantes após fazerem a dissecação de cadáveres. Notou que os acadêmicos se dirigiam à primeira ala da maternidade para realizar partos sem efetuarem a higienização adequada das mãos entre um procedimento e outro.

Dr. Semmelwes considerou a possibilidade da transmissão da febre nas gestantes ser feita através da contaminação por detrito cadavérico depositados nas unhas dos estudantes. Para comprovar sua suspeita, criou uma solução de cal clorada para lavar as mãos de todos os acadêmicos e médicos antes de realizar exames nas gestantes da maternidade. Essa providencia fez cair o índice de mortalidade por febre puerperal naquela ala da maternidade a níveis mais baixos que os da enfermaria onde as parteiras atuavam. Assim, foi introduzida a higienização necessária para realizar exames e partos, interrompendo a cadeia de transmissão infecciosa da febre puerperal.

A inovação tecnológica advinda dos experimentos científicos realizados com a aplicação de gases anestésicos em humanos reordenou a medicina moderna, observamos:

Na história do mundo ocidental, a maldição bíblica do parto doloroso perdurou até o ano de 1847, quando James Simpson utilizou a inalação de gases anestésicos de éter e depois do clorofórmio para abolir ou minimizar a dor do parto. Tracy foi responsável pela primeira anestesia geral (25/01/1847) para a cesariana executada por Skey no Hospital São Bartolomeu (Londres) [Lancet, 1847; 1:139-140].(apud, do Vale, do Vale e Cruz, 2009, p.626).

Pesquisas variadas foram realizadas sobre analgesia no parto, entre elas a inalação do ópio e uso de cocaína introduzida na vagina. Observou-se que essas tentativas registradas não apresentaram efeitos satisfatórios na interrupção das dores. O médico inglês John Snow (1847) apresentou à comunidade científica o gás advindo do aquecimento do éter em água fervente. Meses depois surgiu o novo anestésico, o clorofórmio, usado por Snow no parto da rainha Vitória, ao dar à luz seu filho Leopoldo

em 1853. Experiências sobre como ministrar a analgesia faziam os cientistas arriscarem a vida das gestantes em testes entre a forma contínua ou intercalada das doses inaladas (Fig.5).

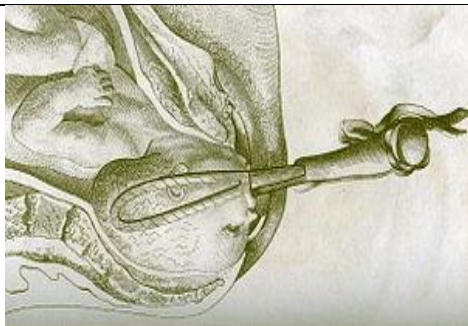


Figura 4 - Fórceps obstétrico.
Fonte: Gravura de Smellie (1792)



Figura 5 - Inalador de éter de ombrédanne, origem francesa (1871-1956).
Fonte: Serviço Anestesiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – 2008.

A raquianestesia foi experimentada em partos pela primeira vez em 1900. A partir de então, foram elaborados esquemas combinados de anestésicos locais controlados para serem aplicados na região espinhal. A partir de 1942, médicos obstetras passaram a utilizar anestésicos alternados para a analgesia peridural contínua e a raquianestesia em sela na realização de partos vaginais. Em 1981, o médico inglês Dr. Brownridge divulgou seu método de associação de anestésico espinal combinado em parturientes (do Vale, do Vale e Cruz, 2009). Essa associação de analgésicos possibilitou a realização de partos menos dolorosos, assegurados pela consciência das parturientes, os chamados partos induzidos.

O desenvolvimento científico das práticas anestésicas no século XX esteve acompanhado por pesquisas relacionadas ao combate de infecções. Alexander Fleming, oficial médico inglês, após retornar da Primeira Guerra Mundial, dedicou-se a estudar a bactéria (*Staphylococcus aureus*) que provocava infecção nas feridas por armas de fogo. Em 1928, Dr. Fleming ao se ausentar por alguns dias de férias, deixou em seu laboratório na Universidade *St. Mary's* em Londres, alguns vidros contendo culturas da bactéria. Ao retornar, observou um recipiente sem tampa com bolores de mofo em seu interior. Ao descartar esse material, percebeu que lá havia o fungo identificado como *Penicillium*, onde não ocorreu a proliferação de *Staphylococcus*.

Logo, o cientista veio a concluir que a secreção do fungo em forma de mofo eliminou a bactéria. De maneira casual, esse ensaio científico foi reconhecido como o ponto de partida para as pesquisas em torno do primeiro antibiótico da era moderna, denominado penicilina. Sua fórmula como medicamento industrializado foi administrada em humanos na Inglaterra a partir de 1940. Após a Segunda Guerra Mundial, os países capitalistas ampliaram suas indústrias de insumos para a saúde. Essa expansão industrial provocou inúmeros avanços no campo da farmacologia, transfusão sanguínea e produção de equipamentos.

Com a fabricação dos insumos laboratoriais voltados para eliminação da dor e o controle das infecções provocadas por agentes externos no corpo humano, expandiu-se o setor das pesquisas científicas direcionadas para o mercado consumidor desta tecnologia. Avanços rápidos ocorreram nas práticas cirúrgicas, a tococirurgia e o desenvolvimento de exames de patologia clínica. Aparelhagens complementares de imagens por raio-X e ultrassonografia foram aperfeiçoadas para acompanhar o desenvolvimento da saúde fetal.

Os profissionais médicos se fizeram especialistas em tococirurgia. As instituições médicas formadoras defenderam a realização das atividades obstétricas pautadas na segurança disponível do aparato técnico-científico que o mercado de partejar oferecia. O parto cirúrgico tornou-se confiável e agilizou o tempo de espera e sofrimento da gestante.

Essa realidade tecnológica tornou o trabalho de parturizar um procedimento exclusivamente hospitalar e reduziu a práxis do parto vaginal a um ato artesanal rudimentar. A cirurgia se fez uma técnica médica que propôs poupar o sofrimento feminino desnecessário por horas a fio. Essa corrente da medicina nos anos 1980 foi reconhecida como a linha do “parto tecnocrata”.

Com o uso da tecnologia medicalizadora instituída de maneira hegemônica, levantaram-se correntes de pensamento científico que questionam essa práxis. No caso do trabalho de partejar, em contraposição à prática do parto cesáreo nos moldes tecnocrata, surgiram discussões sobre as condições de stress e traumas causados pelo tipo de nascimento no ambiente hospitalar da modernidade. O Dr. Frédérick Leboyer, obstetra francês que escreveu em 1974 o livro *Pour une Naisance sans Violence*, criticou a forma violenta com que o bebê era recebido no meio hospitalar: pendurado de cabeça para baixo e levando palmadas para respirar, numa sala barulhenta e com intensa iluminação. Leboyer defendeu que o parto é um processo simples e natural, que a criança ao nascer deveria ser colocada sobre o peito da mãe, sem palmadas num ambiente acolhedor.

Outros especialistas em obstetrícia explicitaram suas opiniões sobre o parto humanizado neste mesmo período. O Dr. Roberto Caldeyro-Barcia (1979) publicou as *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*. O Dr. Michel Odent (1983), obstetra francês, ao trabalhar com sua equipe de seis parteiras, remodelou o conceito de nascimento no Hospital público *Pithiviers* (1962–1985), sendo o primeiro defensor da ambientação hospitalar para o parto, ao instalar piscinas e reproduzir espaços semelhantes ao domicílio.

Concluimos que a história do trabalho de parturizar nas sociedades investigadas aqui demonstrou os imbricados interesses de cunho religiosos, científicos, político-sociais e profissionais que conformaram a prática. O conflito estabelecido entre parteiras e médicos no continente europeu foi pautado pela oposição do trabalho realizado com base no conhecimento científico e no saber empírico. Diferença essa que deflagrou a disputa profissional objetivada por assegurar o campo de atuação. Este acontecimento provocou a criação da legislação específica para o exercício profissional das parteiras.

Enfim, parteiras e médicos atuam profissionalmente no sistema de saúde, há compreensão por parte da população da importância destes profissionais estarem qualificados para parturizar no mesmo ambiente das maternidades públicas. A definição de quem irá prestar assistência à gestante fica a cargo do estado clínico dessa mulher no momento do parto. Percebemos assim que a divisão do trabalho obstétrico na Europa encontra-se baseada em conhecimentos técnico-científicos que priorizam a adequação do grau de cuidado destinado à gestante mediante sua necessidade.

2. O PARTO NO BRASIL

2.1. BRASIL COLÔNIA

No Brasil, o trabalho da parturização começou a ser contado após a chegada dos portugueses, que registraram os fatos de acordo com a visão europeia. Três etnias conviveram aqui após a chegada do homem branco europeu: mulheres gestantes índias, portuguesas e africanas eram cuidadas segundo sua tradição cultural na hora de parir suas crianças.

Com a fundação da Vila de São Vicente (hoje Santos, SP) em 1532, teve início o processo de colonização do Brasil pelos portugueses. Nesses primeiros anos a presença de mulheres brancas era ínfima, fato que levou os europeus a cometerem o rapto de mulheres nativas quando não as obtinham por escambo. Assim, começou o envolvimento sexual entre o homem branco e índias. A caracterização física dos primeiros brasileiros de pais portugueses e mães índias foi socialmente reconhecida nos indivíduos do tipo racial caboclo ou mameluco.

As poucas mulheres brancas vindas de Portugal começaram lentamente a povoar as terras brasileiras em 1534, com a instituição das Capitânicas Hereditárias. As mulheres brancas chegavam de navios acompanhados por oficiais lusitanos, comerciantes ou fidalgos donos das terras presenteadas pelo Rei de Portugal. As gestantes portuguesas eram assistidas pelas poucas parteiras que vieram nessas expedições. O ofício de partejar se dava nos moldes do conhecimento obstétrico europeu da época. O parto era feito no domicílio, na posição horizontal no leito e havia tempo para o resguardo.

Sobre a chegada de médicos no Brasil, Rezende (2001) assevera:

“Acompanhando a designação dos governadores-gerais surgem os primeiros médicos, boticários e barbeiros, cristãos-novos como Mestre Jorge Valadares e o licenciado Jorge Fernandes. Valadares, nomeado físico-mor na cidade de Salvador, foi trazido por Tomé de Souza, exercendo corretamente a profissão de 1543 a 1553, renunciando ao cargo e regressando a Lisboa, por falta de pagamento dos vencimentos”.
(Rezende, 2001, p. 22)

A efetiva chegada da classe médica lusitana em terras brasileiras ocorrerá em 1808, junto à comitiva do Rei Dom João VI. Nos 250 anos anteriores a esse episódio, os missionários jesuítas foram aqueles que de fato prestaram assistência à saúde na colônia devido à escassez de médicos. Atuaram os padres para além da propagação do idioma e da religião católica, segundo Calainho (2005):

“Além de trabalharem incansavelmente na difusão da fé cristã, os jesuítas também foram uma grande âncora da saúde na colônia, atestada pela vastíssima documentação das correspondências que mantiveram com seus irmãos em Portugal e no Brasil. Alguns deles vinham de Portugal já formados nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo na prática o ofício na colônia, como José de Anchieta, João Gonçalves ou Gregório Serrão. Outros, em meio a obras e cartas, onde comentavam sobre a natureza colonial, dedicaram várias páginas à descrição de ervas e plantas curativas, inaugurando os primeiros escritos sobre farmacopeia brasileira.” (Calainho, 2005, p.64).

Referente à maneira de partear na cultura dos habitantes “selvícolas”, os missionários da Companhia de Jesus descreveram que a índia da tribo Tupinambá dava à luz no solo ou em tábua específica no interior da oca, uma espécie de mesa primitiva para parir.

O marido, com os dentes ou com uma pedra cortante, rompia o cordão umbilical do bebê de sexo masculino. Na ausência do pai, o tio materno assim procedia. As mulheres índias mais velhas da família normalmente ajudavam no trabalho do nascimento das meninas, onde a mãe ou parenta próxima se encarregava de realizar o corte do cordão umbilical.

A criança era pintada com tintura de jenipapo nas cores preto e vermelho, levada ao rio para ser lavada, sendo em seguida posta na entrada da oca, pendurada numa rede, para receber visita dos demais membros da tribo. Os portugueses observaram o hábito do pai, que parecia entrar numa espécie de “choco” pós-parto ao lado da criança por dias, até o coto umbilical cair. Ele recebia alimentos e presentes, enquanto a mãe se encarregava de voltar às suas tarefas diárias logo após parir (Rezende, 2001, p.22).

Outras tribos não apresentavam essa conduta: a índia ao sentir as dores do parto, ia para a floresta, onde fazia uma cova fofa no chão e se abaixava de cócoras para assim receber a criança. Depois de parir sozinha, ela mesma cortava com os dentes o cordão umbilical, que por vezes era laqueado com tiras de cipó. No caso da primeira gestação, essa indígena era acompanhada por uma índia mais experiente da aldeia.

Assim foi descrito um parto da tribo Bororó, segundo Rezende:

“A parturização da bororó cumpria-se no chão, sentada em esteira, com pernas estendidas e abertas, auxiliada por uma selvagem, que lhe espremia o ventre. Ultimada a dequitação, era a genitália externa lavada com água e sobre ela colocada faixa de fibra, permanecendo a puérpera deitada por dez dias, sob regime dietético” (Rezende, 2001, p.23).

Se, de um lado, os europeus registraram o desconhecido trabalho de partejar dos grupos indígenas, sobre o parto das africanas, averiguamos um silêncio histórico constrangedor. Para Giacomini, “(...) a história foi escrita a partir da perspectiva dos grupos dominantes. Até as últimas décadas do século XIX, grande parte das reflexões sobre a ‘instituição peculiar’ esteve impregnada pela visão de mundo dos senhores de escravo”. (Giacomini, 1988, p.11).

No cenário histórico da escravidão, os detalhes sobre a forma como as mulheres negras pariam em navios negreiros ou nas senzalas não despertou interesse. Isso muito dificultou a realização de pesquisas etnográficas sobre essa população na vinda para o Brasil. É sabido que os escravos desciam dos navios negreiros em condições sub-humanas, desnutridos e desidratados após passarem meses confinados.

Como os africanos não tinham meios de registro descodificável, os fatos subjetivos da sua cultura pouco foram assinalados. Para Ligiero (2013):

“É interessante notar como a cultura negra chegou ao Brasil praticamente dentro do ser humano africano. Ele não trouxe fotos nem gravuras: Trouxe memórias e a partir delas fez a sua história. Toda tradição é oral, que corre de geração em geração e, nesse sentido, é difícil separar arte, religião e vida” (Portal A cor da cultura – Programa Mojubá, 2013).

Conhecimentos trazidos da África não tardaram a se espalhar, quando os portugueses distribuíram os escravos em fazendas cercadas de florestas nativas brasileiras. A natureza passou a ser o principal vínculo entre uma nação e outra, sendo a chave que permitiu o resgate da cultura africana. Da floresta, vieram as ervas curativas que foram associadas a semelhantes utilizadas no continente africano. Manifestações como a arte e a crença religiosa se davam na mata, escondidas do branco europeu.

O saber das ervas tornou-se uma potente contribuição oral no auxílio ao trabalho do parto desenvolvido pelas africanas. As plantas manipuladas eram ministradas em forma de chás ou aplicadas como unguentos (pastas maceradas de folhas) que apresentavam respostas no sistema circulatório feminino: aplicadas elas diminuía a dor, as hemorragias, o inchaço e facilitavam a amamentação.

Não era provável que a mulher negra fosse aprisionada grávida na África, motivo o qual dificultaria sua venda no mercado da mão de obra contrabandeada. A criança pequena não era valorizada pelo tráfico, que a considerava como prejuízo. De certo não haveria quem fosse comprar uma criança a ser alimentada por anos, sem vir a trabalhar e dar lucro de imediato no Brasil. Sobre o trabalho da mulher escrava grávida no cultivo da terra, foi observado:

“as negras pejadas e as que amamentavam não eram dispensadas da enxada: duras fadigas impediam em algumas o regular desenvolvimento do feto, em outras minguava a secreção do leite, em quase geravam o desmazelo pelo tratamento dos filhos, d’ahi as doenças e a morte ás pobres crianças”. (A Liberdade dos Ventres, 1880 – apud Giacomini, 1988, p.24).

A citação acima trata sobre as condições que determinavam a gestação da mulher negra no Brasil escravocrata. Outro aspecto a ser considerado é o quantitativo desigual de escravos por gênero, na ordem de uma mulher negra para três homens negros, episódio lembrado assim por Giacomini (1988):

“Pela vantagem mais decidida do serviço dos negros sobre as negras, sempre o número de escravos é triplicado a respeito das escravas: coisa essa que perpetua o inconveniente de se não propagarem, nem se aumentarem as gerações nascentes”. (Apud Gorender, 1978, p.334)

A vida reprodutiva do povo africano foi desprezada pelo europeu. O sofrimento vivenciado pelas torturas físicas e o confinamento em senzalas foram trazidos em estudos de dados estatísticos sobre a demografia dessa população durante o tempo que durou a

escravidão. O crescimento negativo da população africana na época é assim considerado por Morr⁵:

“Várias razões têm sido apontadas para a baixa reprodução da população escrava no Brasil: a maior proporção de homens do que de mulheres escravas, principalmente nas regiões voltadas para a economia de exportação; a facilidade em se obter escravos, por cerca de três séculos no mercado africano; o excesso de trabalho e os maus tratos infringidos às escravas durante a gravidez; o pequeno interesse do proprietário em investir na gravidez, parto e puerpério das escravas, e na criação das crias até que estivessem em idade produtiva; a alta taxa de mortalidade infantil; e as práticas contraceptivas utilizadas pelas escravas, como também o aborto e o infanticídio.” (Morr, 1989, p. 86).

Contudo, para preservar a vida dos africanos, as mulheres negras cativas em senzalas resistiam e lutavam para manutenção de seus parentes consanguíneos por perto, segundo Paixão:

“Na tentativa de impedir que filhos e esposos fossem vendidos separadamente, recusavam-se a trabalhar e ameaçavam os senhores com o suicídio e o infanticídio. Fazendeiros temiam especialmente envenenamentos que poderiam ser praticados por mucamas”. (Paixão, 2008, p.951)

O casamento de negros era consentido pela Igreja Católica. Porém, os donos dos escravos não estimularam essa união. Entendiam que todos os envolvidos no enlace dependiam de um só mantenedor, portanto todos lhes pertenciam. Outra razão seria que o casamento na senzala prejudicaria comercialmente seus interesses. Dificilmente poderia comercializar esses escravos configurados enquanto casal nesse tipo de mercado.

As mulheres negras destituídas do reconhecimento de vínculos matrimoniais católicos configuravam-se como alvo das violências sexuais praticadas pelos donos. A apropriação arbitrária do seu corpo sonegava à escrava o direito de constituir relacionamentos estáveis com parceiros negros nas senzalas. As negras eram estupradas e logo em seguida castigadas cruelmente pela esposa quando descobriam a investida sexual do marido. Os fatos trazidos até aqui descrevem o significado da maternidade para as mulheres escravas em seu tempo. A questão nos remete à discussão sobre o aborto e infanticídio como prática de resistência e superação dos sofrimentos vivenciados pela mulher negra na sociedade escravocrata. Giacomini (1988) pesquisou o tema:

5 Morr M.L. B – Revista História – S.P N°120– Ser mãe: A escrava em face do Aborto e do Infanticídio – 1989.

“(...) a escrava mata o filho, antes de nascer, ao nascer ou no berço, para poupar a sorte miseranda que o aguarda: mata o escravo querido, para lhe dar a única alforria a que pode aspirar” (Diário do Rio de Janeiro 19/07/1871-, apud Giacomini, 1988, p.26).

Todavia, não podemos silenciar a ideia da mão de obra da mulher negra ter significado um vantajoso negócio para a mulher branca portuguesa. As senhoras de engenho faziam com que as escravas assumissem todos os trabalhos domésticos na casa da fazenda, inclusive a tarefa de amamentar seus filhos como amas de leite. Na cidade, a senhora portuguesa alugava a africana como escrava leiteira. Jornais da época inclusive demonstram o uso comercial das amas de leite. Giacomini (1988) comprova o fato:

“Vende-se uma preta de nação, com bastante leite e da primeira barriga, sem cria, mui vistosa e rapariga” (Diário do Rio de Janeiro, 04/07/1850- apud Giacomini, 1988, p.52).

“Aluga-se uma boa ama de leite com cria ou sem ella” (Correio Mercantil, 05/07/1850- apud, Giacomini, 1988, p.53).

Objetivamente, na história da escravidão, a prática comercial em torno da mulher negra expropriou o seu direito à maternidade de forma repetida. Os donos destas escravas de leite passaram a descartar crianças recém-nascidas nas portas das igrejas, casas e comércios no Rio de Janeiro. Ao comercializar amas de leite, a “cria” não interessava aos senhores escravocratas.

Visando minimizar o impacto social dessa inusitada situação, Romão Mattos Duarte, em 1738, criou a Casa da “Roda” ou “Roda dos Expostos”, instituição que recolheu inúmeras crianças depositadas numa espécie de porta circular de madeira, onde não era possível identificar a pessoa que abandonava ali o bebê.

Chamou a atenção de autoridades médicas na época a elevada quantidade de crianças doentes ou mortas depositadas na “Roda”. Os cirurgiões barbeiros e boticários portugueses consideravam a hipótese do uso da Casa da Roda como mecanismo para ocultação dos crimes de infanticídio. Possivelmente, essa desconfiança tenha motivado a implantação da resolução judicial que tornava livres as crianças negras depositadas na “Roda”. A partir do ano de 1775, as crianças passaram a ser amparadas por expedição de alvarás que legalizavam sua condição de indivíduo alforriado na sociedade. Essa medida incentivou as escravas a encaminharem seus filhos à “Roda” na expectativa de torná-los libertos.

2.2.CHEGADA DA FAMÍLIA REAL PORTUGUESA ATÉ A 1ª REPÚBLICA

Como afirmamos anteriormente, a categoria médica chegou ao país com a família real portuguesa. Após se instalar, Dom João designou a criação de duas escolas de Medicina. A primeira foi fundada na Bahia em 1808, a segunda escola foi instituída no mesmo ano, porém no Rio de Janeiro, e seu funcionamento foi efetivado em 1809.

O plano de curso do Colégio de Cirurgia da Bahia era voltado para o ensino de Cirurgia, Anatomia e Arte Obstétrica; seus primeiros professores foram cirurgiões escolhidos no Hospital Militar. No Rio de Janeiro, a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia inicialmente funcionou no Real Hospital Militar do Morro do Castelo, mas em pouco tempo foi transferida para a Santa Casa de Misericórdia.

No começo do funcionamento nas escolas, eram aceitos alunos que lessem, escrevessem e era desejável que compreendessem inglês ou francês. O curso durava quatro anos, e o aluno recebia uma certidão que os habilitava a fazer o exame final com o Físico-Mor. O estudante, ao ser aprovado, prestava juramento aos Santos Evangélicos, prometendo exercer com dignidade a nobre profissão médica. Assim, gradualmente foi sendo instituído o ensino acadêmico no Brasil.

Somente em 1812, os cursos de medicina passaram a ter duração de cinco anos. Na Bahia, o ensino de Obstetrícia só foi oferecido em 1818. As duas Escolas Médicas não ministravam aulas práticas por não apresentarem condições materiais para receber grávidas ou parturientes. Não havia salas ou materiais para o cuidado da parturiente nos moldes obstétricos europeus.

Após 1815, ser médico brasileiro significava enfrentar discriminações e provocações arrogantes dos doutores titulados em Coimbra, que não reconheciam a certificação médica concedida pelas escolas no Brasil. Em 1826, Dom João confere aos dois estabelecimentos de ensino na área médica a expedição de diplomas outorgados como Academia Médico-Cirúrgica. Foi sancionada a Lei que transformava as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador em Escolas ou Faculdades de Medicina em 3 de outubro de 1832.

A certificação nos moldes europeus conferiu prestígio aos estudantes no exercício de sua carreira médica. Os cursos passaram a ter duração de seis anos, com 14 cadeiras. A

equivalência da diplomação desses profissionais médicos no mercado de trabalho, na prática, objetivou a coibição do exercício ilegal da “Arte de Curar”. Somente as três faculdades existentes para carreira da saúde passaram a certificar profissionais nos cursos de Medicina, Farmácia e Partejar.

Para ingressar nestes cursos, foram exigidos exames preparatórios mais rígidos. No curso de Medicina era necessário conhecer Inglês, Francês, Latim, Filosofia, Aritmética e Geometria. O curso de Farmácia tinha a duração de três anos; para fazê-lo, o estudante precisava comprovar conhecimentos referentes a Inglês, Francês, Aritmética e Geometria. Em 1832, o curso de Arte Obstétrica, inicialmente pensado para formar mulheres, exigia das candidatas serem alfabetizadas e possuir conhecimento da língua francesa.

Na ocasião, entrava em vigor a lei sobre a obrigatoriedade dos exames preparatórios para cursos de Medicina, Farmácia e Ensino de Obstetrícia no Brasil. O curso de Arte Obstétrica era ministrado pelo professor titular da cadeira médica obstétrica. Brenes (1991) menciona que as disciplinas oferecidas eram partos, moléstias de mulheres pejudadas e parida e de meninos recém-nascidos.

Observamos, na época, que poucas eram as brasileiras que atendiam às exigências para o ingresso no curso da Arte Obstétrica oferecido pela Escola de Medicina. Sobravam vagas que acabavam sendo preenchidas por poucas mulheres estrangeiras alfabetizadas. No contexto histórico, destacamos que o Brasil recebeu, na ocasião, emigrantes franceses fugitivos da guerra napoleônica travada na Europa. Portanto, as francesas se encontravam sensíveis à necessidade desta formação para partejar, por ser assim a forma tradicional de ingresso na profissão em seu país.

Entre as mulheres tituladas pela escola de medicina como parteiras no Rio de Janeiro, destacamos a trajetória profissional de Madame Durocher, segundo Mott:

“figura reconhecida no meio acadêmico por ter rompido com os papéis normativos e prescritivos” oficiais de sua época. Sua bibliografia foi publicada na Revista de Estudos Femininos por ser considerada “a primeira mulher educada no Brasil, que se tem notícia até o momento, a publicar textos com o próprio nome na área da Medicina (1848) e única mulher admitida como sócia, no século passado na Academia Imperial de Medicina (1871)”. (Mott, 1994, p.102)

A parteira opinou sobre políticas públicas de saúde e participou de inúmeras comissões de estudo, inclusive sobre uso apropriado de medicações. Ao entrar na Academia Imperial de Medicina no ano de 1871, Madame Durocher passou a publicar artigos para a

revista médica da instituição. O artigo “*Considerações sobre a clínica obstétrica*” tornou-se referência para discussões sobre obstetrícia na Academia. Contudo, há de se registrar que Madame Durocher constituía uma exceção em seu tempo, pois a categoria das parteiras brasileiras não tinha acesso à formação ampliada que as capacitasse para o trabalho.

A práxis do partejar em domicílio neste período era intensa, pois somente eram encaminhados à Santa Casa os casos cirúrgicos. O hospital era temido pela população feminina que duvidava da fama do local e da atitude das religiosas. Quando podiam, as irmãs comentavam a ausência de pudor por parte das parturientes, por procurarem assistência obstétrica na ordem. Em 1848, foi pela primeira vez usada anestesia de clorofórmio na clínica obstétrica da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Por seis décadas, as clínicas de obstetrícia em ambas as faculdades não puderam se desenvolver como era necessário, pois o país vivia a transição política do regime monarca para o republicano. Em 1854, foi aprovada a lei que regulamentava a criação de maternidades ao lado das faculdades de medicina. Mas somente 40 anos depois, em 1894, foi encaminhado pela Faculdade Médica da Bahia o projeto solicitando financiamento para construção da maternidade ao governo federal. Para efetivar a obra, foi imprescindível a participação de vários segmentos da sociedade baiana, em parceria com governo local e estadual. Finalmente, em 1910, foi inaugurada a primeira maternidade pública da Bahia ao lado da faculdade de medicina, onde se passou a oferecer o curso de Obstetrícia médica em duas cadeiras de ensino: Clínica Ginecológica e Obstétrica.

Em 1875, o provedor da Santa Casa da Misericórdia Zacharias de Góis e Vasconcellos cedeu, no Hospital da Ordem em São Cristóvão, uma sala para instalação da enfermaria obstétrica, que lá funcionou por 18 anos. Apesar da rejeição do público feminino, na enfermaria foi possível ministrar aulas com manejo da clínica. Um salto na prática da obstetrícia, pois os acadêmicos, até então, apenas conheciam os ensinamentos contidos nos livros sobre tocológia.

A Dra. Rita Lobato Velho Lopes foi a primeira mulher brasileira graduada em medicina titulada na Bahia em 1887; a Dra. Ermelinda de Vasconcelos obteve a certificação no Rio de Janeiro em 1888.

A terceira Escola Médica do Brasil foi fundada no ano de 1897, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Em São Paulo, foi implantada a Faculdade de Medicina e Cirurgia,

em 1912. E a primeira Escola de Enfermagem do Brasil foi criada em 1923, no Rio de Janeiro. Três anos mais tarde, ela foi denominada como Escola de Enfermeiras D. Ana Neri. No ano de 1937, a Escola Ana Neri foi incorporada à Universidade do Brasil, onde atualmente é a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Somente em 1945, a Escola de Enfermagem passou a ser reconhecida como instituição de formação superior pela Universidade.

A assistência à saúde nesse momento começa a ser remodelada pela introdução dos conhecimentos profissionais trazidos pelos sujeitos com formação acadêmica. Indiscutivelmente, essas práxis tornaram-se diferenciadas das anteriores conhecidas na sociedade. A racionalidade médica em torno do corpo feminino buscou a legalização do trabalho para o parturizar tutelado pelo Estado. Para tanto, apresentavam a gestação como momento crítico na vida da mulher, quando lhes eram atribuídas perturbações psíquicas que as levavam a provocar crimes de infanticídio. Os doutores afirmavam com veemência que os tratamentos médicos é que poderiam ajudá-las, caso elas consentissem esse auxílio.

Muitos foram os argumentos usados para atrair o público-alvo para a internação nos hospitais e ampliar a clínica. Essa centrada postura médica mostrou-se eficaz para resolver problemas agudos, porém, as mulheres, ao solucionarem o sofrimento pontual, não retornavam para continuar os tratamentos propostos, comportamento que não sustentava a clientela, conforme nos demonstra Brenes:

“(...) os médicos tentaram em decorrência da não-correspondência das mulheres aos seus apelos, conseguir o apoio do governo no que concerne aos processos de internação, controle e cadastramento nas clínicas existentes no Império.” (Brenes, 1991, p.146 e 147)

Nesta mesma direção, os médicos validados pelo discurso científico propuseram sutilmente a criação de um novo perfil feminino, onde o papel social da mulher tornou-se diferenciado dos momentos históricos anteriores. A mulher denotava subjetividade fragilizada, ser inconstante, cujo temperamento refletia perturbações orgânicas (Brenes, 1991, p.145). Uma pessoa que necessitava de cuidados específicos, portadora de males onde somente a ciência seria capaz de curá-la. Pela primeira vez na literatura, foram verificadas repetidas menções à sexualidade da mulher. Segundo análise feita por Brenes:

“O discurso médico "criava" os tipos, mostrava claramente suas características, o tratamento apropriado, caso fosse um tipo patológico, mas isto, é preciso ressaltar, colocava-os sempre sob sua tutela ou, pelo

menos, exigia participação nas decisões tomadas por outras instituições responsáveis pelo controle populacional.”(Brenes,1991, p.145 e 146).

Para assegurar essa mudança no comportamento da mulher, questões passaram a ser formuladas em torno de como adaptar o tradicional modelo burguês imperial da função da mulher ao idealizado perfil feminino para a modernidade. Com a intenção de garantir o trabalho medicalizado para o corpo da mulher no momento do parto, Vieira comenta:

“A produção de ideias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada desse corpo como objeto de prática dos médicos: por quase três séculos eles vinham se preparando para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico.” (Vieira, 2008, p.47).

No panorama apresentado, a classe médica passou a desempenhar a função de cientista político-social, cujo campo de atuação estendeu-se a outras áreas como estatística, geografia, demografia, topografia, história, um planejador da vida nas cidades.

Com a validação do discurso higienista médico aceito socialmente para evitar o adoecimento nas cidades, observa-se que o trabalho de partejar no Brasil foi configurado historicamente em torno de dois patamares distintos: o trabalho empírico sensorial da parteira e o trabalho acadêmico da especialidade médica-obstétrica. Consideramos que esse trabalho é associado aos fatores econômicos, educacionais e sociais que constituem a prática.

Passado o período histórico do Brasil-Império, a chegada da Primeira República fez com que uma parcela da população brasileira refutasse a ideia de ser uma nação atrasada. Esses indivíduos residiam em regiões metropolitanas e aspiravam a viver numa sociedade industrializada. O germe desse pensamento burguês confrontou as ideias de grupos representantes de oligarquias tradicionais no país no interior do Estado brasileiro. Segundo Merhy (2006), as ações voltadas para garantir a saúde pública na República Velha expressaram a dualidade entre o desejo político-social de constituir uma nação moderna fundamentada nos projetos reformadores dos anos 20 versus a resistência que valorizava o modelo oligárquico nacionalista. O mesmo autor ressaltou que:

“Esses sanitaristas, defensores do modelo” campanhista/vertical permanente”, como Arthur Neiva e Belisário Pena, pertenciam a um movimento de perspectiva nacionalista, que acreditava que o desenvolvimento da nação brasileira estava ligado à conquista do meio rural e ao combate das grandes endemias que assolavam a população, sendo consideradas responsáveis pela ignorância do povo, e pela “ociosidade” do brasileiro, isso é, pela sua falta de vontade de

trabalhar. Neste particular tinham destaque as doenças que se associavam a um estado de intensa debilitação nutricional, como o amarelão e a malária, conforme o conhecimento da epidemiologia de inspiração bacteriológica da época. Estiveram à frente do movimento que pregou a eleição de duas endemias-chave por região do país, para serem erradicadas, e opuseram-se aos que se preocupavam prioritariamente com as questões urbanas”. (Merhy, 2006, p.79)

Após esse momento histórico, cujo embate político resultou no golpe militar de 1930 que pôs fim ao período denominado de Primeira República, República Velha ou República do Café com Leite, reconhecida assim por haver alternância de poder entre os Estados de Minas Gerais e São Paulo na presidência da República. No Brasil, foi inaugurada a Era Vargas, cujo movimento político não pôde ficar refratário às duas Guerras Mundiais ocorridas no período.

2.3. ESTADO GETULISTA ATÉ A DITADURA MILITAR

A concepção de Estado após o golpe de 1930 ganhou caráter liberal, nacionalista centralizador. Em 1932, Getúlio Vargas estabeleceu o direito do voto feminino, criou as leis trabalhistas e convocou eleições para Assembleia Nacional Constituinte. A transformação social produzida neste movimento político-econômico no Estado Getulista esteve voltada para a industrialização e urbanização do país. Isso fundamentou um processo complexo entre o trabalho e o capital. Viu-se uma sociedade imbricada no pensamento desigual, propício ao estabelecimento de relações conflituosas. Autoras como Neves e Pronko (2008) discutem a formação de trabalhadores da saúde; elas fazem um recorte analítico sobre o projeto societário do capitalismo dependente associado às burguesias e as consequências de tal processo no campo da educação, ciência, tecnologia, trabalho e cultura. As mesmas autoras argumentam:

“A década de 1930, iniciada com a instalação do regime autoritário de Getúlio Vargas, testemunhou um reordenamento das relações capitalistas no país. A progressiva consolidação de uma burguesia industrial emergente, ainda frágil e dependente da oligarquia agrária, combinada a um proletariado urbano caracterizado por tentativas localizadas de organização autônoma, propiciou a configuração de um Estado forte....” (Neves e Pronko, 2008, p. 35).

A Casa Civil da Presidência da República, em janeiro de 1932, baixou o Decreto Nº 20.831, que regulamentou a fiscalização do exercício da medicina, odontologia, medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira. O artigo quinto vem

obrigar esses profissionais a registrarem seus diplomas no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente. Chamamos atenção sobre o decreto afirmar que a direção dos serviços do cuidado à saúde somente ficará a cargo da classe médica:

Art.28 – “Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal”. (BRASIL, Decreto 20.831, 1932)

Dois artigos definem o exercício da profissão de parteira e enfermeiras obstetras:

Art. 36 – “As parteiras e enfermeiras devem se limitar aos cuidados indispensáveis as parturientes e aos recém-nascidos nos casos normais, e em qualquer anormalidade devem reclamar a presença do médico, cabendo-lhes a responsabilidade pelos acidentes atribuíveis à imperícia de sua intervenção”. No Art.37- “É vedado à parteira prover práticas que configure assistência no âmbito de acolhimento e tratamento à gestante”. (BRASIL, Decreto 20.831, 1932)

Não nos parece indevido lembrar que muitos políticos no governo da era Vargas, assim como em outros períodos da história do Brasil, pertenciam à categoria médica que se faziam representar enquanto classe profissional liberal nas tribunas, legisladores que apoiavam mudanças no escopo estatal em função da chegada do sistema econômico capitalista burguês.

A lógica da organização do Estado foi gradualmente adequada ao modelo econômico desenvolvimentista já mencionado. O setor saúde foi organizado para dar suporte às mudanças em curso. Segundo Nagahama e Santiago:

“O primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. Suas diretrizes de trabalho visavam integrar planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral. O DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças, mas com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação (BRASIL, 1940). Nesse período de atuação do DNCR (1940-1965) existiram duas visões quanto ao significado de atenção prestada ao grupo materno-infantil: uma seria a de que a reprodução se constituía uma função essencialmente social, interessando muito mais a sociedade do que ao indivíduo: a outra era a que encarava as práticas de higiene simplesmente como defesa e conservação da vida”. (Nagahama e Santiago, 2005, p.652).

A função do DNCR foi assegurar a geração de pessoas saudáveis para trabalhar na nação agora reconhecida como Estado Novo. O DNCR (1940-1965) prestava atenção ao grupo materno-infantil, entendendo a reprodução como função social, que precisava ser mantida através de práticas higienistas para conservação da vida. O Departamento funcionou até 1966, extinto pela Lei Nº 5.037/66.

A organização dos serviços de assistência à saúde na região Norte e Nordeste do Brasil entre os anos 1942–1960 foram condicionadas à orientação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), uma organização americana que atuava em parceria com o governo Vargas. O Sesp foi instituído como política internacional de saúde, visando garantir a extração de matérias-primas destinadas aos esforços militares na Segunda Guerra Mundial. No ano de 1948, o Sesp lançou uma ação de educação sanitária chamada de Programa de Higiene Materno-Infantil. Essa estratégia preconizava difundir hábitos higiênicos junto às populações assistidas. O boletim do órgão publicou:

“Caberia ao programa preparar materiais” didáticos diversos (filmes, radioteatro, folhetos, cartazes, slides sonorizados) e distribuir material educativo enviado por sanitaristas norte-americanos, entre o qual se incluíam 20 mil exemplares impressos de “Higiene da gravidez” e cinco mil do “Manual prático de ensino das parteiras”. (Sesp, mar. 1948, p.28)

O referido programa tinha como finalidades centrais o treinamento e a supervisão do trabalho das parteiras nos partos realizados em domicílio. O Sesp acreditava ser essa a melhor alternativa para resolver a ausência da oferta de serviços assistenciais sem maternidades e médicos no território. O treinamento dessas parteiras começou em 1946. As equipes Sesp organizadas para executar o programa contavam com médicos, enfermeiras, auxiliares de saneamento e visitadoras sanitárias. Observamos que essa foi a primeira iniciativa governamental para qualificação do trabalho das parteiras, após cessar a oferta do curso específico nas escolas médicas do Rio de Janeiro e na Bahia.



Figura 6 - Parteiras com suas bolsas de trabalho, em Santarém (PA), década de 1940.

Fonte: Sesp, s.d.

O governo getulista publicou a Lei Ordinária Nº 1920, que criou o Ministério da Saúde (MS) no dia 25 de julho de 1953, sendo desmembrado do denominado Ministério de Saúde, Educação e Cultura. Destacamos que a política nacional para a área materno-infantil ficou a cargo do Ministério da Saúde desde sua implantação.

As ações iniciais do MS continuaram a seguir a lógica do trabalho destinado à Educação para Saúde. Fato atribuído à função administrativa da ação sanitária ainda estar distribuída em outros órgãos do governo. Com a implantação da Reforma Administrativa Federal durante a Ditadura Militar no ano de 1967, ficou clara a função do Ministério da Saúde como responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

Por fim, o trabalho de partejar durante o Estado Novo foi influenciado pela introdução das relações tecno-assistenciais que ressignificaram essa práxis. Ocorreu a hierarquização funcional desenhada no bojo do processo de trabalho (Neves e Pronko, 2008), o que significou o desenvolvimento, a oferta e a implantação do ensino técnico-profissional. O ideal de modernização na perspectiva econômica capitalista fez do trabalho obstétrico um progressivo campo de atuação associado a tecnologias, que precedia a formação especializada devido à complexidade que o trabalho passou a exigir.

Logo, ocorreu a divisão do trabalho em dois polos assistenciais opostos: aqueles profissionais que tiveram acesso ao ensino especializado e os trabalhadores que não

tiveram essa oportunidade. Dicotomia essa mantida pelo Estado, que passou a intervir cada vez mais nas atividades econômicas, regulando indiretamente as classes trabalhadoras nos anos 40 e 50, ofertando qualificação e empregos formais através dos setores de iniciativa privada associados à lógica da seguridade previdenciária estatizada. O setor saúde apresentou avanços significativos sob essa lógica, como veremos a diante.

2.4.OS ANOS DA DITADURA MILITAR

No período pós-morte de Getúlio Vargas, o Brasil apresentou aspectos de fragilidade na governança dos políticos que sucumbiram ao efeito desestabilizador da pressão internacional em torno da Guerra Fria; fato semelhante ocorreu nos demais países latinos. O mundo estava dividido entre as correntes ideológicas do comunismo, socialismo e capitalismo. De modo geral, pode-se afirmar que países com economia periférica dependente foram os mais atingidos, principalmente se os trabalhadores estivessem organizados em sindicatos autônomos capazes de mobilizar e reivindicar mudanças sociais. Neste cenário apresentado, as aspirações políticas dos líderes republicanos brasileiros submergiram ao Golpe Militar de 1964.

Destacamos que a população brasileira nesse período foi alvo de uma política internacional para contenção do crescimento demográfico. O Brasil, assim como os demais países latino-americanos, passou a representar uma potente ameaça futura por vir a ser um país populoso, palco de possíveis revoluções comunistas como as ocorridas em Cuba. Segundo Pedro:

“Nas décadas de sessenta e setenta, em vez de revoluções comunistas, o Brasil e diversos países da América Latina tiveram a implantação de várias ditaduras militares. Estas impediram manifestações, definiram um percurso histórico na direção da sociedade capitalista, e receberam pressões de organismos internacionais para a adoção de políticas antinatalistas”. (Pedro, 2003, p.242)

Com o objetivo de conter o crescimento demográfico da população no ano de 1962, chegou ao mercado brasileiro a primeira cartela de pílula anticoncepcional, o Enovid, medicamento desenvolvido nos Estados Unidos. O controle populacional projetado para conter o crescimento desordenado da massa brasileira esbarrou em dificuldades políticas para adesão ao uso do contraceptivo enquanto iniciativa governamental.

Havia, na época, duas correntes de pensamento divergentes. A corrente dos antinatalistas, que desejava conter o crescimento demográfico como parâmetro de país desenvolvido; e a corrente dos anticontrolistas, composta por militares nacionalistas, igreja católica e grupos feministas que defendiam a teoria da “ocupação dos espaços vazios”, pautada na soberania nacional. Como saída alternativa para solucionar esse impasse do controle populacional, o Estado brasileiro autorizou organismos internacionais a realizar pesquisas experimentais sobre a eficácia do uso de anticonceptivos em classes populares em algumas cidades brasileiras.

Dados relevantes sobre a atuação de organismos internacionais no controle populacional no Brasil são disponibilizados pela BENFAM na página do IBGE. São informações referentes ao uso de anticonceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos que viveram em união no ano de 1996. O quadro chama atenção sobre o elevado número de esterilizações realizado na população feminina nas regiões Norte e Centro-Oeste. As cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, por serem reconhecidas como metrópoles populosas, aparecem na coluna de Grandes Regiões. Observamos que São Paulo apresentou um expressivo aumento de esterilização masculina no ano de 1996 se compararmos com o demonstrativo apresentado no Rio de Janeiro e demais regiões do Brasil no mesmo período. O Rio de Janeiro traz um quantitativo expressivo de esterilização feminina se comparado a São Paulo e demais regiões do país no mesmo período.

Atualmente, a BENFAM é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) não governamental, fundada no Brasil em 1966, no Rio de Janeiro. Há 47 anos atuando na área do direito reprodutivo e planejamento familiar, a entidade tem parceria financeira com o setor público e privado.

Quadro 1 – Informações da pesquisa nacional sobre demografia – BEMFAM

Brasil e Grandes Regiões	Uso atual de anticonceptivos entre mulheres (de 15 a 49 anos de idade) que vivem em união – 1996 (1)				
	Algum Método	Esterilização Feminina	Esterilização Masculina (2)	Pílula	Não usa Métodos
Brasil	76,7	40,1	2,4	20,7	23,3
Norte	72,3	51,3	-	11,1	27,7
Nordeste	78,2	43,9	0,4	12,7	31,8
Sudeste	77,8	38,8	2,6	21,8	22,2
Sul	80,3	29,0	3,5	34,1	19,7
Centro-Oeste	84,5	59,5	1,8	16,1	15,5
Rio de Janeiro	83,0	46,3	1,0	22,5	17,0

São Paulo	78,8	33,6	5,3	21,4	21,2
Fonte: Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil, 1997.					

O contraceptivo oral feminino proporcionou à mulher a possibilidade de reorientar sua vida sexual, sem a ameaça de uma gravidez indesejada. A pílula também trouxe a temática em torno das questões de gênero, permitindo abolir o comportamento social feminino restrito ao casamento.

No intuito de observarmos a dimensão do tema em questão, trazemos o Quadro 2 que expressa a série histórica de 70 anos da taxa de fecundidade no Brasil.

Quadro 2 – Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões – 1940/2010.

Regiões & Anos	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,89	2,38	1,90
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,20	3,16	2,47
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75	2,69	2,06
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36	2,10	1,70
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,51	2,24	1,78
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69	2,25	1,92

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 1940/2010.

Segundo a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), a conceituação da taxa é referente ao número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher ao final do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ou seja, o número de filhos concebidos, a interpretação de taxas inferiores a 2,1% são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição da população no território.

Podemos concluir que o perfil demográfico da população brasileira nas últimas décadas demonstrou queda na taxa de fecundidade. Acreditamos que a queda na taxa comprova a eficiência das políticas antinatalistas referidas anteriormente.

Retomaremos ao período da Ditadura Militar como um importante marco histórico na transição do modelo de políticas públicas do setor saúde no Brasil. A sociedade brasileira conheceu o modelo médico-assistencial privatista nesse período, pelo qual o Estado passou a prestar assistência à saúde apenas para aquele indivíduo que contribuía com a previdência social através dos hospitais privados da medicina de grupo. Uma minoria que podia arcar com os custos da assistência médica, mas o conjunto da população se dirigia aos serviços filantrópicos insuficientes para atendê-los.

O serviço médico-hospitalar era oferecido por grupos que vendiam pacotes de procedimentos médicos ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão responsável por oferecer assistência médico-hospitalar a quem possuísse a carteira do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa lógica governamental do financiamento à saúde na organização privatista restringia o acesso da população que não podia pagar por serviços médicos. Outro aspecto excludente do regime foi o fato de não haver oferta de serviços para saúde no interior de muitos Estados brasileiros. Somente conseguiam assistência médico-hospitalar os indivíduos que viviam próximos aos grandes centros urbanos.

Sobre o governo subsidiar a expansão dos serviços privados da saúde em conformidade com as práticas capitalistas de produção, nos esclarece Campos:

“Esta importante expansão dos serviços de saúde foi financiada pelo Estado, basicamente com recursos de fundos sociais, e custeada através da compra ou contratação de serviços ao setor privado pela Previdência. O modelo de expansão combinava, assim, importante intervenção do Estado, enquanto financiador e comprador de serviços, com uma profunda penetração de capital privado na área de prestação de serviços. O que resultou, entre 1970 e 1980, em ampliação da oferta de empregos, principalmente no setor privado, como indicam os dados da pesquisa encomendada pelo CREMESP”. (Campos, 2006, p.39)

Nesse período histórico, o Ministério da Saúde implementou, no ano de 1971, a Política Nacional de Saúde Materno Infantil. O Programa de Saúde Materno Infantil veio em 1975 e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco foi criado em 1978.

À luz da política instituída, os investimentos expressivos por parte do Estado consolidavam o modelo da saúde hospitalocêntrico. Muitos profissionais médicos da área materno-infantil migraram para o setor das maternidades, onde eram prestados serviços com maior aporte tecnológico e melhores salários. No caso, o trabalho executado numa maternidade se assemelhava, em linhas gerais, ao modelo de produção taylorista-fordista. Lima (2006) descreve o processo de trabalho desenvolvido no ambiente hospitalar neste período:

“Uma modalidade de organização do trabalho, na qual o foco central são as tarefas e procedimentos, e não exatamente os pacientes; (...) os procedimentos são distribuídos entre os (as) trabalhadores (as) de enfermagem sendo um mesmo paciente atendido por vários (as) deles (as), na medida em que um (a) presta cuidados higiênicos a todos os pacientes, outro (a) verifica os sinais vitais de todos e outro (a) dá medicação, e assim por diante. São delegadas ao pessoal auxiliar todas as tarefas de cuidados, ficando o (a) Enfermeiro (a) responsável pela gerência do processo de trabalho, expressando assim a divisão do trabalho manual e intelectual na área.” (Lima, 2006, p.23-26)

A expansão da oferta de hospitais maternidades no país modificou o trabalho do médico obstetra, que não mais precisou se dirigir aos domicílios para prestar cuidados às gestantes nas capitais e regiões metropolitanas do país. Essa organização hospitalar para assistir às gestantes diminuiu a possibilidade de haver partos realizados em domicílio por parteiras tradicionais em áreas urbanas. As parteiras ficaram trabalhando em regiões rurais no interior do país, onde não havia o modelo de cuidado à gestante organizado em torno da maternidade. Conseqüentemente, o trabalho das parteiras tradicionais ficou restrito a uma pequena parcela da população brasileira que residia no interior do país.

A assistência ao parto prestada nas maternidades resultou na elevação das taxas de esterilização associada ao parto cesáreo. O trabalho complexo para realizar este tipo de parto ofereceu à categoria médica a oportunidade de implantar uma prática planejada, conforme já afirmamos. Campos (2006) vem sinalizar o período entre 1970 e 1984 como determinante na consolidação das formas capitalistas de produção dos serviços de saúde no Brasil.

O setor saúde está envolto numa definição político-econômica capitalista dependente, pautado no mercado mundial para o consumo da produção científica e tecnológica que definia o modelo de cuidado assistencial e a formação dos profissionais atuantes nesse sistema. Para construir a sociedade capitalista, foi necessário padronizar a formação para o trabalho complexo:

“A execução do ‘trabalho complexo’ exigiu historicamente formas mais ou menos sistematizadas de preparação e uma maior duração de sua formação. O aumento da racionalização do processo de trabalho no capitalismo industrial requereu das instituições formadoras uma refuncionalização dos seus conteúdos e métodos, para adequarem-se às características da cultura urbano-industrial, de base científica e tecnológica. A escola dividida em graus e modalidades é inerente à hierarquização que se estabelece na produção capitalista de mercadorias e na própria especificidade do trabalho na cultura urbano-industrial, de natureza flexível, baseado na variação do trabalho, isto é, na fluidez das funções e na modalidade do trabalhador.” (Pereira e Lima, Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Verbetes, 2008)

O movimento contrário a toda lógica discutida se deu pela luta engajada de feministas e profissionais da saúde que romperam na época com a tentativa de tornar hegemônico o parto tecnocrático, é aquele em que:

“soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezam os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções.” (BRASIL, 2010, p. 27)

Ampliaremos nosso foco para retratar outras experiências sobre o trabalho de partejar pelo Brasil. Em 1964, foi criado pela Fundação de Ensino Superior de Pernambuco e a Universidade de Pernambuco o Programa de Parteiras Leigas.

No Ceará, em 1975, o Dr. Galba Araújo criou o Programa de Atenção Primária à Saúde (Paps), em parceria com a Universidade Federal do Ceará, Secretaria de Saúde do Estado, o extinto INAMPS e a Fundação Kellogg. O Paps preconizou a inclusão do trabalho das pessoas da comunidade enquanto recurso humano para execução das estratégias do programa. No caso da parteira, ela foi considerada um componente ativo de grande destaque nas ações propostas no Paps. O Professor Galba (1987), objetivando capacitar as parteiras na identificação do parto de alto risco, publicou o primeiro material destinado ao treinamento de parteiras denominado *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstetra no Nordeste*, como também a *Cartilha da Parteira Tradicional, Fortaleza* (1984).

O Dr. Moisés Paciornik, em 1979, escreveu *Partos de Cócoras – Aprenda a Nascer com os índios*. Em 1981/82, a Divisão Nacional de Saúde apresentou a primeira documentação oficial do MS relacionada à assistência do parto domiciliar, evidenciando a necessidade de reduzir a mortalidade materno-infantil.

Em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. Como dissemos anteriormente, a articulação de grupos militantes

ligados aos movimentos feministas pressionou o setor saúde para a abertura de espaços para dialogar sobre temas vinculados ao gênero feminino relacionado à saúde reprodutiva, aborto, violência e prostituição. O PAISM foi uma medida que procurou desvincular a noção do cuidado para mulher do conceito de assistência vinculada à maternidade exclusivamente. O MS:

(...) propôs uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não só no ciclo gravídico-puerperal. Entre as diretrizes recomendadas pelo PAISM encontrava-se: “a adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência” (BRASIL, 1984, p. 22).

No ano de 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizaram, no Ceará, uma Conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto. Deste encontro, produziu-se uma publicação na Revista *The Lancet* chamada “Carta de Fortaleza”, com recomendações técnicas para o trabalho de partejar, alertando sobre a importância dos governos preconizarem políticas públicas voltadas para a diminuição das taxas de mortalidade perinatal. Fundamentou esse alerta ao informar que os países que mantêm o índice do parto cesáreo abaixo de 10% reduzem suas taxas de mortalidade consideravelmente, destacando que nada justifica taxas de cesárea entre 10 a 15% (World Health Organization, 1985).

Sobre a elevada taxa de cesarianas realizadas no Brasil, o Ministério da Saúde avaliou:

“A hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, tendo como um de seus resultados o progressivo aumento de operações cesarianas desnecessárias, aumentando os riscos à saúde para as mulheres e bebês e implicando, ainda, em elevação de custos para o sistema de saúde.” (BRASIL.2010, p.27).

Nesse sentido, vale a pena registrar as considerações feitas por do Vale, do Vale e Cruz, (2009) quanto ao uso no Brasil de anestésicos no parto cirúrgico, a época e a preferência da equipe obstetra. E afirmam, com propriedade:

“Se a anestesia geral inalatória balanceada para cesariana foi o método dominante até a década de 1960, a atual opção preferencial da parturiente em relação à tocoanalgesia cirúrgica é pela anestesia espinal desde a década de 1990. Também a anestesia raquidiana ou peridural lombar simples ou raquí combinada à peridural é a atual preferência da

equipe obstétrica brasileira, particularmente a raquianestesia simples.”
(do Vale, do Vale e Cruz, 2009, pág.627).

A carta de Fortaleza deu início a publicações que tiveram o propósito de reformular o trabalho do parto no Brasil. A OMS, em colaboração com o Grupo *Cochrane* de Gravidez e Parto, revisou em torno de 40.000 estudos sobre o tema. Ocorreu o incentivo aos partos vaginais, ao aleitamento materno no pós-parto, à previsão do alojamento conjunto para mães e recém-nascidos e à introdução de acompanhantes familiares durante a realização do parto. Recomendou-se o reconhecimento da atuação de enfermeiras obstetras e parteiras para o trabalho de partejar em localidades sem assistência de maternidade, pelo sistema público de saúde.

O Ministério da Saúde, em 1985, propôs aos estados o cadastramento e a supervisão das áreas de periferia urbana e rural onde havia o trabalho das parteiras, com base no documento denominado *Diretrizes para Atuação das Parteiras Tradicionais* (MS, 1995).

Consideramos que as políticas públicas preconizadas no Brasil na área materno-infantil entre os anos 1964–1985 asseguraram a utilização de procedimentos médicos voltados para a intervenção no corpo feminino, comprovado pela prática do parto Cesáreo associado a técnicas de esterilização definitivas. Destacamos a reorientação do perfil demográfico da população brasileira com a distribuição de medicamentos contraceptivos para a massa empobrecida em regiões metropolitanas. E o movimento político de grupos feministas e de profissionais da saúde que provocou a ampliação da discussão de políticas públicas da saúde para além da área materno-infantil.

Por fim, o período da Ditadura Militar configurou-se como um momento político conturbado na história do Brasil, no qual decisões importantes sobre o futuro da população se davam de maneira unilateral, tendência histórica modificada quando foi instaurada a perspectiva da transição deste regime para democratização do Estado brasileiro. No setor saúde, ocorreu o movimento político reconhecido como Reforma Sanitária, que buscou o diálogo entre o governo e a sociedade civil.

2.5. PERÍODO DE DEMOCRATIZAÇÃO E O ESTADO NEOLIBERAL

Entre os avanços propostos na Constituição de 1988, foi que a saúde passou a ser um direito de todos, a ser provida pelo Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS).



Figura 7 – Cartaz da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Fonte: Agência Fiocruz.

O SUS foi fundamentado na proposta de unificar o modelo de atendimento à saúde pública no Brasil, antes feito em três categorias: os que pagavam pelos serviços, os assegurados pela previdência social e aqueles que não podiam pagar. As bases para funcionamento do SUS foram publicadas na Lei Nº 8080/90, que define a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

As propostas de mudanças introduzidas pela lei de criação do SUS seguiram o ideal político dos profissionais sanitários daquele momento, fundamentadas numa reforma sanitária capaz de envolver o controle social na forma de Conselhos de Saúde, para definição das políticas públicas para a saúde no país.

No tocante às políticas públicas da área materno-infantil e saúde da mulher, houve tencionadas discussões sobre a normatização para oferta dos serviços e concepção do trabalho nas áreas técnicas do MS. Como nosso objeto é o trabalho de partear, apontaremos as estratégias que avançaram referentes à saúde materno-infantil nessa fase histórica.

Em 1991, o Ministério da Saúde, através da FUNASA (Fundação Nacional da Saúde), em parceria institucional com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), Organizações Não Governamentais (ONG) e FEBRASCO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), elaborou o Programa Nacional de Parteiros Tradicionais. O objetivo foi resgatar e apoiar o trabalho das parteiras em comunidades, oferecendo-lhes melhores condições de trabalho e capacitações. Observamos que a não remuneração do serviço executado por parteiras não entrou na pauta do Ministério da Saúde. Portanto, o preconceito e a discriminação do trabalho executado por parteiras reproduz a força do pensamento liberal em nossa sociedade, racionalidade essa que defende a técnica em detrimento do mérito, segundo Frigotto e Ciavatta (2003):

“O fulcro central das visões apologéticas de produtividade e de trabalho produtivo resulta na ideia de que cada trabalhador é socialmente remunerado ou socialmente valorizado para manter-se empregado ou não, de acordo com sua produtividade, vale dizer, de acordo com a sua efetiva contribuição para a sociedade. Ou seja, o que o trabalhador ganha corresponde ao que contribui, e o que cada um tem em termos de riqueza” depende de seu mérito, de seu esforço. (Frigotto & Ciavatta, 2003, p.50)

O Ministério da Saúde, em 1992, priorizou repassar o incentivo financeiro de 10% a mais no faturamento hospitalar das maternidades que prestavam atendimento de qualidade no SUS, proposta essa defendida pela UNICEF e ONU (Organização das Nações Unidas) desde 1990. O incentivo representou um selo de qualidade para as maternidades que apresentassem a comprovação de melhora nos serviços prestados. Ao ser certificada, a maternidade passava a ser reconhecida como Hospital Amigo da Criança. Porém, os demais hospitais sem qualidade permanecem prestando atendimento.

Em 1994, o SUS implantou as primeiras equipes de Estratégia de Saúde da Família, um importante avanço no sentido de organizar a oferta de serviços com equipes responsáveis por um número adscrito de famílias em locais prioritários.

No mesmo ano, a Coordenação Materno-infantil do MS elaborou dois manuais contendo diretrizes básicas para assistência ao parto domiciliar feito por parteiras:

- ✓ Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiros Tradicionais – Módulos das Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança – (BRASIL, 1994 b).

- ✓ Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Manuais para Monitores e Supervisores – (BRASIL, 1994 a).

Em 1996, foi publicada pela OMS uma síntese de recomendações baseadas em evidências científicas produzidas por pesquisadores de países latino-americanos. O documento ficou conhecido como *Guia para assistência ao parto normal* (OMS, 1996). O Ministério da Saúde publicou e distribuiu esse guia para médicos e enfermeiras obstetras em todo país no ano 2000 (BRASIL, 2012, p.31).

Com a finalidade de incentivar a prática do parto normal, considerando a proposta da OMS, o Ministério da Saúde adotou, em 1998, medidas que incentivaram a melhoria da assistência do pré-natal nas bases de humanização do parto. Em nosso estudo, destacaremos somente os seguintes pontos:

- ✓ O aumento do valor da remuneração do parto normal;
- ✓ Inclusão do procedimento de anestesia na remuneração do parto normal;
- ✓ Inclusão na tabela do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira (o) obstetra”;
- ✓ Inclusão de limite de pagamento de cesarianas realizadas no SUS;
- ✓ Criação de Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS;

Para organizar a estruturação da rede assistencial na área materno-infantil, em junho do ano 2000 foi lançado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), implantado através da Portaria GM-569-2000. O propósito da política foi reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal no Brasil. Para dar conta do desafio, foram pensadas ações para reorganização dos serviços, tais como:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos:
 - a) No mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
 - b) Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento;

c) Exames laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh na primeira consulta; VDRL: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; urina rotina: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; hemoglobina/hematócrito na primeira consulta;

d) Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta nos municípios com população acima de cinquenta mil habitantes;

e) Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

f) Atividades educativas;

g) Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes;

h) Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Ao reconhecer a importância de melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e puerpério, responsabilidade técnica e operacional do PNHPN. No mesmo ano, foi lançado o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, comentado anteriormente, cujo objetivo foi implantar estratégias para o cuidado materno-infantil junto à Atenção Básica. O órgão ministerial, por definição, classifica a parteira tradicional como aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseado em saberes e práticas tradicionais, e é reconhecida pela comunidade como parteira.

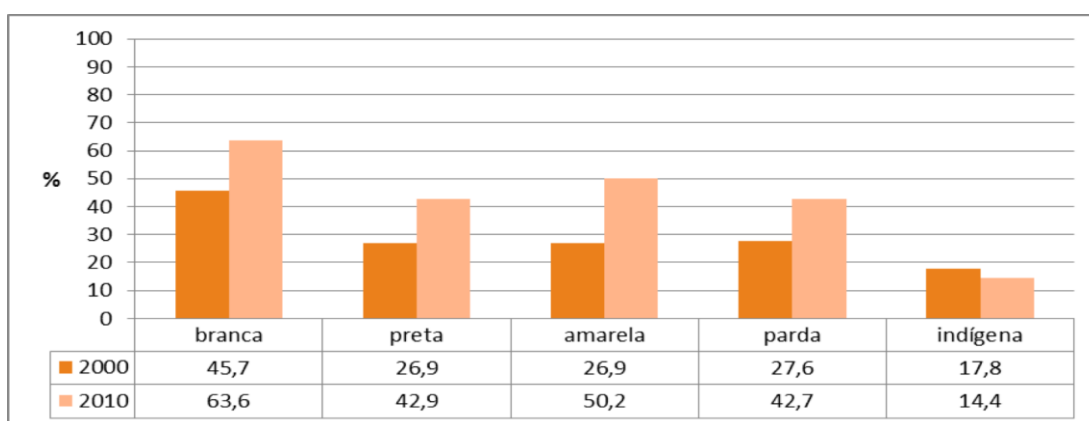
De acordo com o Ministério da Saúde:

“O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS, inserindo-a entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Visa resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias”. (BRASIL, 2010, p. 12).

O programa foi pensado para trabalhar com três situações específicas que justificam sua implantação: a situação da pobreza e desigualdade no país, a elevada taxa de mortalidade materna e neonatal e a realização do parto domiciliar associado aos serviços de Atenção Básica.

Para analisarmos a situação histórica do nascimento no Brasil, e o porquê das discussões em torno do cuidado a gestantes, trouxemos o gráfico que aponta características sociodemográficas relacionadas ao percentual de partos cesáreos segundo cor e raça realizados no Brasil entre os anos de 2000 a 2010. Isso nos permite entender a introdução, no MS, de estratégias voltadas para o trabalho das parteiras no SUS.

Gráfico 1 – Percentual de nascimentos por parto cesáreo segundo cor/raça. Brasil, 2000 e 2010.



Fonte: MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) ano de 2010.

O percentual de nascimentos por parto cesáreo segundo cor e raça nesta última década demonstra a desigualdade na oferta do procedimento cirúrgico por cor/raça. Na população de cor branca, o índice de partos cesáreos supera a 60% dos nascimentos ocorridos em 2010. Na população indígena, o percentual de partos cesáreos decresceu no período descrito.

O referido Programa fez uma publicação intitulada “*O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares*” (2010). Esse compilado de informações tornou possível evidenciar dados que permitem avaliar as experiências bem-sucedidas do programa e identificar os aspectos relevantes sobre a temática:

“(…) foi elaborado considerando a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País, que exige a adoção de diferentes modelos de atenção obstétrica e ao recém-nascido. Esta

diversidade, portanto, coloca a necessidade de implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se resgatar a dívida histórica das políticas de saúde em relação às mulheres e crianças assistidas por parteiras tradicionais”. (BRASIL, 2010, p. 12).

A recente publicação abordou a situação do parto domiciliar e da cobertura de Atenção Básica, preconizou divulgar a articulação do trabalho isolado das parteiras aos serviços de saúde do SUS, e comenta sobre o elevado índice de subnotificação sobre o parto domiciliar não registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA–SUS) e SISPRENATAL. O SIA, em 1999, instituiu códigos para duas novas situações para registro de parto domiciliar; 029 – Assistência ao parto domiciliar sem distócia por parteira (o) e 030 – Assistência ao parto domiciliar sem distócia por enfermeira (o).

Quadro 3 – Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001 e 2007, por região.

REGIÃO e ANO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
2007	6.687	7.797	-	-	-	14.484
2001	4.507	33.727	449	126	697	39.506

Fonte: Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais – MS (p.15 – 2012).

O quadro acima demonstra que nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste não houve registro no SIA–SUS de informações referentes ao trabalho de parteiras nesses territórios. As regiões Norte e Nordeste foram as que mais notificaram partos domiciliares por parteiras, provavelmente por terem equipes de saúde ou UBS (Unidades Básicas de Saúde) distribuindo Kits Parteiras oferecidos pelo Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais.

Para entendermos a melhoria no registro das informações sobre o cuidado à saúde em domicílio, é preciso analisar a expansão do número de famílias cadastradas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme demonstrado abaixo.

Quadro 4 – Número de famílias cadastradas pela ESF – MS.

REGIÃO e ANO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
---------------------	--------------	-----------------	----------------	------------	---------------------	--------------

2012	1.459.223	4.056.610	8.163.660	3.208.310	832.632	17.720.435
2009	733.701	2.186.153	4.075.409	1.620.707	493.979	9.409.191
1998	33.440	170.112	457.985	121.805	7.663	791.005

Fonte: DATASUS-TABNET-SIAB em 09-07-2013.

Em dezoito anos de ESF, nos parece coerente demonstrar a oferta de serviços em regiões onde antes não se encontrava um profissional de saúde. De acordo com Finkelman:

“Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS na estrutura da Unidade de Saúde da Família, vinculada à rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, bem como a assegurar a sua transferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que a saúde da pessoa exigir. Cada unidade de Saúde da Família trabalha em um território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área.” (Finkelman, 2002, p. 263).

A interiorização da oferta de ESF tornou possível cruzar as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) com dados obtidos no SINASC e visualizar o número de partos ocorridos em domicílio na região Centro-Oeste, onde anos antes não se conhecia a informação relativa a este território.

Quadro 5 – Nascimento por local de ocorrência – Região Centro-Oeste – 2009.

Região	Hospital	Outro Estabelecimento de Saúde	Domicílio	Outro	Ignorado	Total
Centro-Oeste Ano: 2009						
Região Centro-Oeste	218.443	690	854	139	84	220.210
Mato Grosso do Sul	39.327	206	413	33	–	39.979
Mato Grosso	47.649	317	326	53	77	48.422
Goiás	77.288	127	88	45	1	77.549
Distrito	54.179	40	27	8	6	54.260

Federal						
----------------	--	--	--	--	--	--

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

Buscando o número de parteiras informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registradas no campo do Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) no ano de 2013, é possível identificar a ausência do dado na região Centro-Oeste e observar que a região Nordeste foi a que mais cadastrou as parteiras no CNES.

Tabela 1 – Número de Parteiras por Região no Brasil cadastrada no CBO.

Regiões	Estados + DF	Total	% de Cobertura ESF Brasil
05	27	562	60,6
Centro Oeste	04	0	61,1
Nordeste	09	402	84,5
Norte	07	154	74,4
Sudeste	04	04	42,7
Sul	03	02	58,8

Fonte: CNES em 15-05-2013 / SIAB ano base 2009.

Segundo o MS:

“Estima-se que existe um número expressivo de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Entretanto, não se dispõe de dados que expressem o real quantitativo das parteiras, pois existe um cadastramento insuficiente destas por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, visto que ainda é predominante a situação de não articulação do trabalho das parteiras tradicionais com o sistema de saúde formal”. (BRASIL, 2012, p.15).

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (BRASIL, 2010, p.16) identificou 846 cadastradas no CNES no ano 2000. Entretanto, esse quantitativo de parteiras decresceu na base de dados no mesmo cadastro em 2009, como aparece na Tabela 1. Consideramos a real redução devido à oportunidade das parteiras migrarem para a categoria profissional de Agente Comunitário de Saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa da Rede Cegonha como iniciativa específica para assegurar melhores condições de assistência às mulheres no período gravídico puerperal na perspectiva da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2000). A Rede Cegonha manteve o financiamento e distribuição de Kits a

parteiras como parte de ações voltadas para populações rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso, quilombolas e indígenas.

A proposta expressa no Programa da Rede Cegonha é a de revalorizar o papel da gestante no momento do parto enquanto protagonista no processo da gravidez, capaz de recusar a indução para o tipo de parto cirúrgico. Confronta o discurso médico hospitalocêntrico incentivado por mais de 30 anos no bojo das políticas públicas da área materno-infantil no país. O MS reconhece a concretude do fato, mas o trata como se fosse um processo ocorrido sem a participação do Estado:

“A institucionalização do parto levou à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Dessa forma, o modelo de atenção ao parto e nascimento atual é marcado pela medicalização, pelo abuso de práticas invasivas e desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, ao mesmo tempo em que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas (...)” (BRASIL, 2010, p. 27).

Na tentativa de entender a lógica da remuneração do trabalho obstétrico na modalidade hospitalar, trouxemos a tabela abaixo com os valores pagos pelo SUS em julho de 2013:

Tabela 2 – Valores pagos nos procedimentos do parto – MS – 2013.

Procedimento	Código	Descrição	Valor
Parto Normal	03.10.01.003-9	Serviço Hospitalar:	R\$ 267,60
		Serviço Profissional:	R\$ 175,80
		Total Hospitalar:	R\$ 443,40
Analgesia Obstetra p/ Parto Normal	04.17.01.002-8	Serviço Hospitalar:	R\$ 48,30
		Serviço Profissional:	
		Total Hospitalar:	
Parto Cesáreo	04.11.01.003-4	Serviço Hospitalar:	R\$ 395,68
		Serviço Profissional:	R\$ 150,05

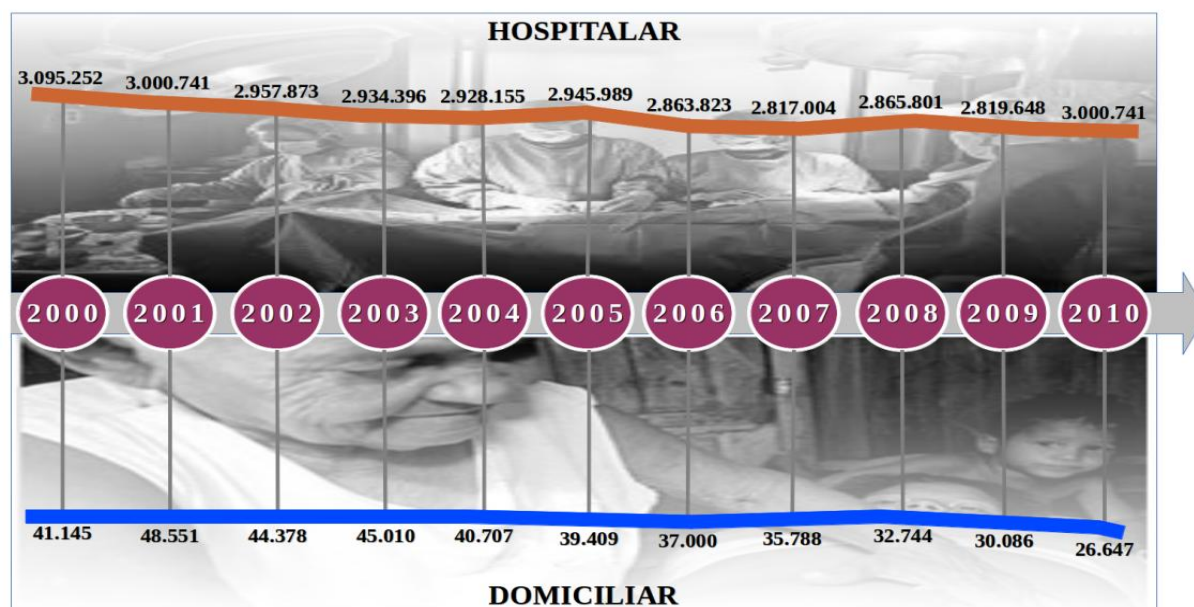
		Total Hospitalar:	R\$ 545,73
Parto Cesáreo com Laqueadura Tubária	04.11.01.004-2	Serviço Hospitalar:	R\$ 395,68
		Serviço Profissional:	R\$ 150,05
		Total Hospitalar:	R\$ 545,73

Fonte: OPM SUS (SIGTAB), em julho de 2013.

O parto Cesáreo com ou sem a laqueadura tubária é remunerado por R\$ 545,73. O parto normal realizado com analgesia é remunerado por R\$ 491,70. A diferença entre os dois procedimentos é de R\$ 54,03 a mais pagos ao parto Cesáreo. A diferença na remuneração só é alargada quando computamos o tempo médio de realização de um trabalho e outro. No período de quatro horas, o profissional médico realiza dois partos cesáreos que o remuneram em R\$ 1.091,46, enquanto que no parto normal não há como prever o tempo de duração das fases do parto até a expulsão do bebê. Logo, executar o trabalho de partejar na perspectiva do viés financeiro proposto no SUS não faz os médicos optarem por realizar o parto normal, principalmente se levarmos em consideração que a ambiência das condições onde o serviço é executado é custeada pelo Estado.

A racionalidade do trabalho de partejar na sociedade brasileira gira em torno da assistência médica, sua base está no aparato tecnocientífico desenvolvido para a atividade. O modo de produção capitalista em que o trabalho obstétrico é organizado na perspectiva hospitalar apresenta mais e mais mecanismos para execução de procedimentos que agregam valor ao resultado final deste trabalho complexo. Isso torna a prática restrita e hegemônica, fundamenta a diferença de acesso das gestantes a este universo excludente que não dá conta de assistir a toda a população. No caso do Brasil, o grau de desigualdade para a formação do trabalho complexo fez da área obstétrica um nicho mercadológico único na medicina quando falamos do parto cirúrgico.

Gráfico 2 – Linha do Tempo dos Nascimentos 2000 a 2010 Brasil.

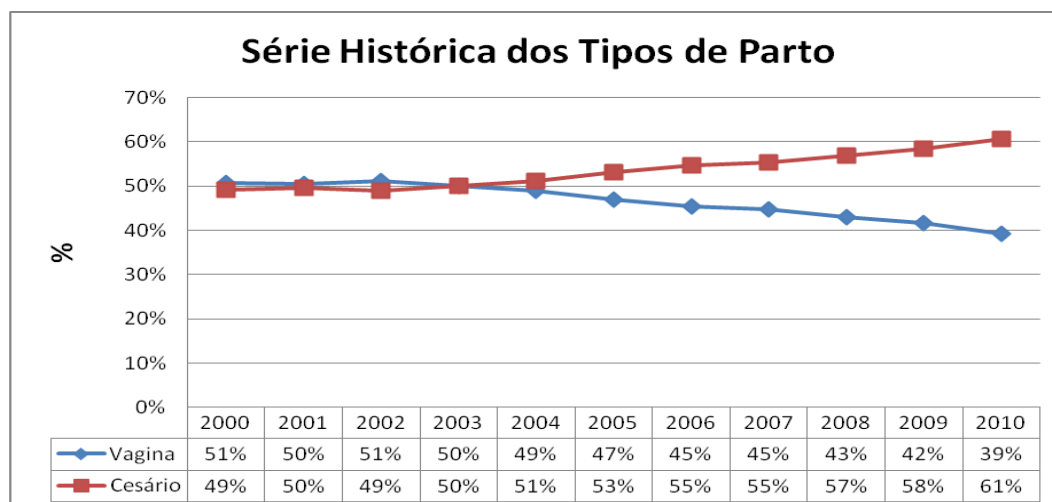


Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O gráfico acima nos fala que 99% dos partos ocorridos no Brasil na última década foram em estabelecimentos de saúde neste recorte histórico considerado. Destacamos que a média Brasil sobre o percentual de partos realizados em ambiente hospitalar é de 96% (Radis, 2012). A priorização do trabalho cirúrgico desempenhado pelos médicos fez a enfermagem obstétrica assumir a prática do parto normal de baixo risco na rede pública de saúde. Segundo orientações da OMS (2004), os não médicos devem realizar todos os procedimentos para os quais tenham sido capacitados, recomendando que os países, estados e/ou municípios forneçam respaldo legal e normativo que subsidie a participação desses profissionais na melhoria da atenção à maternidade.

O quantitativo de partos feitos por parteiras no país que apresenta o patamar superior a 1% do total de partos registrados no SINASC no período trabalhado. A informação vem reafirmar os itens já discutidos anteriormente, sobre a predominância da realização do parto no espaço hospitalar.

Para examinar os tipos de partos realizados no Estado do Rio de Janeiro, nas maternidades existentes em 92 municípios, incluindo as do sistema privado, lembramos que a média nacional de prevalência de cesarianas na rede de saúde suplementar se encontra em torno de 82% (Radis, 2012). O Gráfico 3, aponta o desenho do trabalho obstétrico ofertado à gestante durante a primeira década do século XXI.

Gráfico 3 – Série Histórica dos Tipos de Parto Estado do RJ.

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

De fato, comprova-se o crescimento do tipo de parto cesáreo no período observado. Em 2010, a cada dez partos feitos, aproximadamente quatro foram vaginais. A série histórica acima vem estratificar a produção médica em torno do parto cirúrgico no Rio de Janeiro. O percentual de partos cesarianos chega a 61% do total de partos ocorridos na última década.

Os números identificados no Estado do Rio de Janeiro não podem ser considerados fatos isolados; chama atenção a manutenção da alta proporção de parto cesáreo na taxa Brasil (RIPSA, 2013), que se encontrava em 38,0% do total de partos realizados no ano 2000, subindo para 52,3 % em 2010.

Ao mesmo tempo, a atuação da classe de profissionais da enfermagem não pode ficar esquecida – categoria que assumiu a organização da luta simbólica pelo direito de parturizar no sistema público de saúde, contra o corporativismo médico existente. Logo, no percentual de partos vaginais registrado no RIPSA, na meta Brasil, está incluso o trabalho da enfermagem obstétrica.

A enfermagem sofreu forte pressão dos Conselhos de Medicina no intuito de limitar sua competência para parturizar. Os cursos de Especialização para Obstetriz na área de enfermagem foram gradualmente desaparecendo. Novamente, houve a tentativa de encerrar a qualificação para a carreira de partejar dos profissionais da enfermagem, como ocorreu no caso das parteiras. Com a necessidade de garantir a realização de partos de baixo risco

na perspectiva da “Humanização”, a enfermagem volta ao mercado da parturização, segundo Narchi:

Nesse contexto, é que a formação de obstetrizes, como alternativa à exclusiva especialização de enfermeiras, voltou a ser discutida e defendida por diversos fóruns, entidades e corporações empenhadas na promoção da maternidade segura em nosso país. Foi esse um dos motivos que levou a Universidade de São Paulo a implantar, em 2005, o Curso de Obstetrícia que, em 2008, forma sua primeira turma. (Narchi, 2010, p.149).

Assim, no Brasil, a oferta de trabalhadores que atuam na área materno-infantil revela a diferenciada divisão do trabalho no que diz respeito à formação e às condições materiais para execução do trabalho obstétrico. O processo de modernização desenhado pelo sistema de produção capitalista introduziu a hierarquização funcional para o trabalho de partejar, onde os médicos impuseram o trabalho complexo como ideal de consumo, desqualificando as demais práticas.

Concluimos que o trabalho de partejar no Brasil tornou-se especializado por avançar através do processo histórico onde os aspectos político, econômico e social exigiram uma sociedade modernizada. A práxis do partejar, transmitida na oralidade e pela observação, somente sobreviveu em locais distantes dos centros de formação para profissionais de saúde. Com a interiorização das ações de saúde pública através da Atenção Primária à Saúde, percebemos a necessidade de analisar a qualificação do trabalho das parteiras no interior do país, tema que será investigado no Programa Rede Cegonha.

3. A REDE CEGONHA

3.1. APRESENTAÇÃO

O Programa Rede Cegonha propõe o cuidado da gestante na perspectiva da atenção integrada e humanizada à gravidez, segundo diretrizes estruturantes da política nacional materno-infantil vigente. Política esta que começou a ser desenhada no período da redemocratização e consolidada através da implantação do PAISM (1984). A base conceitual da política foi introduzir o conceito de integralidade, autonomia corporal das mulheres enquanto sujeitos com direitos, principalmente em relação à sexualidade e sua demanda reprodutiva. Os autores Serruya, Cecatti e Lago (2004) nos mostram o porquê da necessidade de criar novos programas com diretrizes operacionais no intuito de promover a saúde materno-infantil, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

“Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o MS instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores.” (Serruya, Cecatti e Lago, 2004, p.1.282).

De fato, a heterogeneidade dos compromissos políticos pelos governantes com a saúde da mulher, associada aos aspectos político-econômicos apresentados anteriormente sobre a funcionalidade do Estado Neoliberal no período, dificultaram a efetivação das propostas estruturantes do PHPN. Os mesmos autores ressaltaram que:

“No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Incluem-se aí a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto.” (Serruya, Cecatti e Lago, 2004, p.1.282 e 1.283)

O interessante é observar que as ações previstas no PHPN até 2002 contaram com a adesão de 3.985 municípios que registraram procedimentos preconizados no programa, como: seis ou mais consultas de pré-natal e puerperal e exames obrigatórios, incluindo sífilis, HIV e imunização contra tétano. Durante 11 anos (2000-2011) o MS manteve as

ações previstas no PHPN, tendo dificuldade em avançar nas discussões de reestruturação da rede de serviços obstétricos, sobretudo na implantação dos Centros de Parto Normal.

Neste contexto, o Brasil vem instituir o Programa da Rede Cegonha (2011) enquanto parte do compromisso internacional assumido junto ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), cujo alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) depende do cumprimento às metas de reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

O Programa Rede Cegonha foi lançado pela Presidenta Dilma Rousseff juntamente com o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, em Belo Horizonte, no ano de 2011. É instituído como estratégia para garantir a organização da oferta de serviços públicos da saúde voltados para gestante, no tocante ao acesso ao pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento do bebê nos dois primeiros anos de vida. É previsto que o MS invista R\$ 9,4 bilhões no programa até o ano de 2014. O propósito é fortalecer a rede obstétrica hospitalar de alto risco, ampliar progressivamente a quantidade de leitos no SUS e qualificar profissionais de saúde.

Como são muitas as etapas contidas no Programa Rede Cegonha, o MS, na fase de adesão e diagnóstico da rede, definiu a necessidade de constituir o Grupo Condutor Estadual para implantar a Rede Cegonha. Entre a representação estadual, constam integrantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e MS, aprovados pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Esse grupo de trabalho tem como atribuição articular adesões, realizar o desenho da rede regionalizada, contratualizar os pontos de atenção através da solicitação de Planos Municipais de Saúde, qualificar os componentes dos planos convergindo-os para garantir a estruturação da rede regionalizada de assistência materno-infantil e, finalmente, certificar a Rede Cegonha.

Durante e após o término do processo de certificação, os municípios receberam incentivo financeiro por gestante captada através do SISPRENATAL. Entre os passos estruturantes da rede, que ficará sob responsabilidade do Grupo Condutor Estadual, estão previstas cinco fases:

Diagnóstico/Adesão * Desenho Regional da Rede * Contratualização Municipal *
Qualificação dos Componentes * Certificação *

O financiamento da Rede será realizado com base na análise da situação regional, o desenho da rede que orientará o Plano de Ação Regional definirá onde os recursos serão investidos. Essa rede receberá recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo à União o repasse definido na Portaria 1.459 /2011. Os Estados e Municípios ficarão responsáveis pelo custeio dos leitos de acordo com a pactuação regional efetuada na Comissão Intergestora Regional (CIR, antigo Colegiado de Gestão Regional). A Rede Cegonha Amazônia Legal, o Nordeste e Regiões Metropolitanas foram regiões prioritárias para a implantação do Programa Rede Cegonha, segundo a portaria GM – 1.459/11 que instituiu o programa.

A Rede Cegonha foi pensada para funcionar dentro do conceito de Rede de Assistência à Saúde (RAS), definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria 4.279/GM/MS, 2010). A portaria esclarece que a rede deve ser implementada gradativamente, considerando critérios epidemiológicos pertinentes a taxas de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

A Rede Cegonha reforça a necessidade de a Atenção Primária à Saúde ser o dispositivo ordenador da linha de cuidado à gestante, sendo o posto de saúde o responsável pela realização do teste rápido de gravidez, Sífilis e HIV; pela oferta de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; exames de apoio e diagnóstico. Cabe também à Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família referenciar a gestante para o local onde ocorrerá o parto, fornecendo-lhe o vale-táxi ou transporte sanitário para a maternidade indicada.

Referente ao direito reprodutivo, os apontamentos da Rede Cegonha mudam sutilmente a definição conceitual das ações em torno do “direito à saúde reprodutiva” usada anteriormente, onde agora se vê “defesa da saúde sexual e reprodutiva”. A rede básica de saúde é mantida como responsável por garantir à população orientação e dispensação de métodos contraceptivos, prevenção e tratamentos de DST/HIV/AIDS e hepatites.

Os recursos previstos com o transporte sanitário são destacados como inovação para o acesso das gestantes aos serviços em tempo oportuno. O Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) deverá ser acionado quando necessário, estando essa viatura

devidamente equipada para oferecer transportes aos recém-nascidos que apresentem algum risco de vida.

A regulação primária da assistência será solicitada por telefone pela própria gestante quando perceber alguma intercorrência na gestação. Serão obedecidos protocolos de classificação de risco para atendimento, segundo decisão do médico regulador. Na regulação secundária, o pedido será feito pela unidade de saúde que já tenha prestado atendimento, mas que necessita transferir a mãe ou o bebê para serviços que apresentem melhores condições técnicas ou maior aporte tecnológico.

O Programa Rede Cegonha aponta como “boas práticas” de Gestão no SUS a predisposição do gestor municipal para implantar os Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares e Casas da Gestante e do Bebê próximas a maternidades ou unidades hospitalares para referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco.

O Programa dispõe de recursos para financiamento de obras para ampliação e reforma de Maternidades, Serviços de Obstetria de Alto Risco e Centros de Parto Normal. O recurso possibilita a compra de equipamentos para ambiência desses espaços, mediante projetos encaminhados pelas Secretarias de Saúde para aprovação no Ministério da Saúde. A Rede Cegonha financiará kits enxovais, kits parteiras e kits UBS.

Quanto ao componente do parto e nascimento, o Programa objetiva reforçar a rede hospitalar com o acréscimo de locais extensivos próximos ao serviço para garantir a estadia, as denominadas Casas para Gestantes e Bebê.

Já as unidades denominadas Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares são unidades que devem ser gerenciadas por enfermeiras (os) obstétricas (os), onde a gestante será atendida na perspectiva da atenção humanizada ao parto e nascimento. A ambiência dos Centros de Partos Normal é diferenciada. Nas plantas sugeridas para os projetos pelo Ministério da Saúde, há banheiras para realização do parto dentro da água e salas de parto com espaço ampliado para colocação de dispositivos que permitam o nascimento fora da posição deitada. É contemplada a destinação de recursos para qualificação do setor da enfermagem na área de obstetrícia e a organização de equipes para o cuidado da gestante e do bebê.

Esse espaço para realizar o parto na Rede Cegonha circula o ambiente hospitalar; a mãe deverá ser instalada na Casa da Gestante (anexo à maternidade) antes do nascimento

ou alojada no pós-parto, quando o bebê não apresentar condições para ter alta. O Programa financiará um novo espaço físico como arranjo de permanência para a gestante próxima ao bebê que precisar de procedimentos médicos hospitalares pós-nascimento.

Os Centros de Parto Normal Peri-hospitalares consistem em uma unidade vinculada a uma maternidade próxima que servirá de apoio caso a gestante ou o bebê necessite de cuidados de maior complexidade, como cirurgias ou UTI. Os Centros de Parto Normal Intra-hospitalares funcionarão dentro da maternidade, e adequam o espaço físico para o parto vaginal e ampliam a oferta de vagas em unidades já existentes. Abaixo, apresentamos a sugestão do modelo de planta para o CPN disponibilizada aos municípios pelo MS:

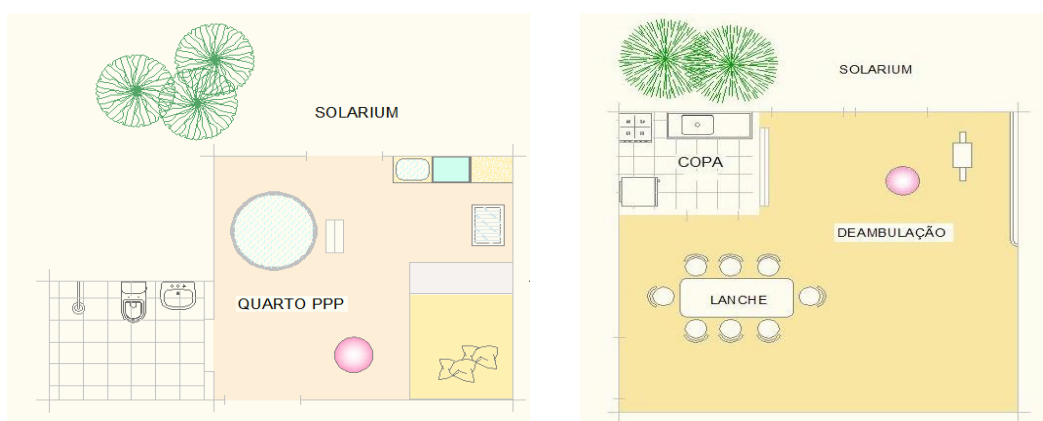


Figura 8 – Planta sugerida para CPN.

Fonte: Ministério da Saúde – 2011.

Segundo o MS (2011), os parâmetros populacionais para cálculos de instalação do CPN serão modulados de acordo com a necessidade local de leitos obstétricos (cálculo da capacidade instalada de leitos para atenção ao parto na região).

A distribuição da oferta de leitos SUS é definida considerando-se a lógica da assistência regionalizada definida na CIR. Para UTI Neonatal, são 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos por região, devendo ser pactuada a distribuição por município e serviço. A UTI adulto calculada em cima de 6% dos leitos obstétricos necessários⁶ na região conforme pactuação por município e serviços. Os Leitos Gravidez Alto Risco são 15% do total de leitos obstétricos necessários na região, segundo pactuação distribuída por município e serviços. As Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal com 3

⁶ Leitos obstétricos necessários = 0,28 leitos por 1.000 habitantes SUS dependentes (75% da pop. total).

leitos de UCI neo para cada 1.000 nascidos vivos na região e 1 Leito Canguru também para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo a pactuação ser distribuída por municípios e serviços.

Em anexo à Portaria 1459/11 MS, vem a discriminação dos 3 Kits fornecidos pela Rede Cegonha. O pensado para a UBS, o Kit Gestante e o Kit Parteira Tradicional, composto por 32 itens (a maioria para assepsia), incluindo o *Livro da Parteira Tradicional*, manual de práticas que trataremos posteriormente.

A linha de cuidado materno-infantil proposta na Rede Cegonha é definida a partir de procedimentos protocolares que são iniciados na Atenção Primária à Saúde, onde as Unidades Básicas (UBS) ou de Estratégia de Saúde da Família (ESF) captam a gestante, oferecendo assistência e exames diagnósticos, com no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gravidez. É previsto, no componente sistema logístico da Rede, o transporte sanitário, que irá assegurar a chegada da futura mãe à maternidade. Após o parto, a mãe e o bebê voltam a ficar sob a responsabilidade da Atenção Básica até a criança completar os dois primeiros anos de vida. No acompanhamento do bebê no pós-parto, a unidade de saúde providenciará a Caderneta de Saúde da Criança. Essa caderneta será entregue à mãe ao receber alta da maternidade, onde receberá a orientação de sempre carregá-la junto ao bebê, principalmente quando se dirigir ao posto de saúde para vacinação.

Assim, retratamos os principais aspectos operacionais do Programa Rede Cegonha, cuja análise evidencia a proposta ministerial focalizada em práticas assistenciais onde o cuidado à gestante no momento do parto encontra-se referenciado a unidades hospitalares. Constatamos esta que é estruturante para orientar a organização da rede assistencial à saúde e o cuidado materno-infantil. A Rede Cegonha conserva os eixos norteadores do PHNP; a ideia de integralidade e humanização na assistência à gestação se faz presente no arcabouço do programa, mantendo, assim, a assistência materna e infantil no escopo das ações priorizadas pelos serviços de saúde.

Destacamos que a medida de ajuste estrutural do programa inova ao constituir o Grupo Condutor Estadual, responsável por articular as fases para implantação da rede de cuidado à gestante. Grupo de trabalho este que tem como desafio mudar as relações interclasses existentes na gestão do sistema público de saúde de modo a ampliar o acesso das gestantes em serviços de assistência com menor grau complexidade tecnológica. Observamos que a práxis dos profissionais, sobretudo os médicos e enfermeiros, precisa

estar alinhada à racionalidade da Rede Cegonha, que modifica o processo de trabalho instaurado em torno dos procedimentos intervencionistas.

3.2.CONTRADIÇÕES DA REDE CEGONHA

A Rede Cegonha constitui uma iniciativa governamental que procura sistematizar ações previstas anteriormente no cerne da política materno-infantil no Brasil. Há predominância do esforço contínuo, de promover o cuidado à gestante vinculada aos dispositivos hospitalares já existentes.

Para orientar a assistência no pré-natal, parto e puerpério, o MS faz o detalhamento do cálculo para oferta de serviços, em padrões técnicos que tendem a resgatar o trabalho de partejar voltado para o parto vaginal, ao incentivar a construção de Centros de Partos Normais Peri e Intra-hospitalar.

A expansão da oferta de serviços de atenção ao cuidado à gestante em áreas rurais, ribeirinhas, comunidades isoladas, povos da floresta e etnias culturais diversas constitui o desafio operacional da Rede Cegonha. A não oferta de serviços de saúde adequados à realidade nestes territórios dificulta a discussão de constituição de redes. Essa parcela de usuários usa exclusivamente serviços públicos de saúde, localizados a quilômetros de distância de suas comunidades.

A dinâmica da organização social destes grupos está completamente fora dos padrões conhecidos por nós. A desigualdade e a identidade desses grupos os tornam distanciados das políticas públicas que trabalham com a determinação social da doença em populações urbanas. Sendo assim, fica difícil classificar ou intervir quando não se conhece as especificidades desses povos. Neste sentido, o Estado vem consentir o trabalho da parteira em locais onde não está presente. Isso ocorreu no Império, na Primeira República com o Sesp; durante a ditadura, em discussões trazidas pela OMS e no estado neoliberal.

Neste ponto, destacamos que o Estado passa a adotar o trabalho de partejar nos moldes da prática “antiga” por parteiras tradicionais, expondo, assim, a contradição de não oferecer a toda a população os mesmos serviços obstétricos para assistência ao parto preconizado na assistência materno-infantil enquanto política pública de saúde. Ressaltamos ser esta uma questão que não deve confundir-se com a oferta de cuidado integral e humanizado da assistência. Segundo o marco normativo da Lei 8080, o conceito

de integralidade é entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Ideário este não aplicável ao fato de uma parcela da população ter acesso à oferta de cuidado materno-infantil na perspectiva modernizada e as demais no contexto do cuidado associado à tradição ancestral. Lógica perversa, introduzida pelo PHPN, incorporada na Rede Cegonha, e que vem corroborar o paradigma da humanização ao fato do trabalho de partejar realizado pela enfermagem ou parteiras dispensar a incorporação de recursos tecnocientíficos.

Tal centralidade atribuída à Rede Cegonha promove a desigualdade na oferta do serviço à gestante quando destina a elas práticas de assistência mínimas e exequíveis, aquelas que não asseguradas, compromete sua saúde e a do bebê, uma vez que ambos se encontram em desvantagem social.

Está previsto que os serviços de Atenção Primária à Saúde próximos a essas áreas de difícil acesso serão responsáveis por treinar e distribuir os kits parteiras que incluem o *Livro da Parteira Tradicional*, manual que discutiremos posteriormente. Cabe à UBS ou ESF nessas regiões a responsabilidade de dar suporte assistencial emergencial à gestante e ao bebê quando a parteira solicitar, incluindo informar dados sobre essas populações no SISPRENATAL.

Sobre as regiões distantes com elevado grau de exclusão social, principalmente referente à Amazônia Legal, o transporte sanitário necessita ser efetivo. Contudo, na Rede Cegonha há menção sobre recursos destinados a transportes alternativos no manual de implantação da rede. Ressaltamos ser importante articular meios de transporte, juntamente com equipamentos avançados para comunicação local nas pactuações regionais da CIR destas localidades, pois a ausência destes dispositivos implicará na efetividade das ações de saúde regional, já que não há escala populacional para implantação de Centro de Parto Normal, segundo a lógica *per capita* definida pelo programa.

Outro enfrentamento abraçado pela Rede Cegonha será efetivar o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento denominado SISPRENATAL. O sistema de informação foi criado no DATASUS pela portaria GM-570/00, cuja finalidade inicial foi registrar procedimentos realizados pelos municípios referentes ao Programa PHPN. Em dezembro de 2011, foi aprovada a Medida Provisória 557 que vem obrigar qualquer instituição que realize procedimentos de pré-natal e

assistência à gestante a informar esses procedimentos no SISPRENATAL. A obrigatoriedade de registro em todos os tipos de serviços públicos ou privado trouxe à tona questões relacionadas à divulgação de nomes das mulheres que viessem a interromper a gravidez (Radis, 2012).

A Rede Cegonha manteve-se no viés conservador da neutralidade do silêncio político sobre temas polêmicos como o aborto, não fazendo menção a este grave problema de saúde pública que se relaciona ao elevado número de óbitos de mulheres em idade fértil. Estima-se que um milhão de gestações sejam interrompidas no país, segundo cálculos realizados em cima das interações decorrentes de aborto induzido (Radis, 2012).

Vejamos no caso do Rio de Janeiro, a primeira coluna refere-se ao total de mortes de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) no Estado, com ficha-síntese informada. Na coluna seguinte, as mortes ocorridas no Município do Rio de Janeiro. Nas próximas colunas, o quantitativo de óbitos confirmados por morte materna e óbitos não investigados dentro do número absoluto inicial para cada ano.

Quadro 6 – Óbitos de mulheres em idade fértil no Estado do Rio de Janeiro.

Ano do Óbito	Estado do RJ Total	Município do RJ	Confirmados no Estado	Não Investigados Totais sem Fichas
2009	3.773	1.617	126	1.734
2010	5.226	1.892	144	855

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Logo, no total de óbitos informados no SIM no ano de 2009, 3,34% são casos confirmados enquanto causas relacionadas à gestação. No ano de 2010, o número cai para 2,76%. Como já afirmamos, há distorções consideráveis no registro de dados apresentados pela ausência de informações complementares. Porém, destacamos que a investigação sobre a MIF se dá na base municipal, no setor de Vigilância Epidemiológica. Essa busca servirá para orientar o desenho da rede de atenção à saúde materno-infantil regional, etapa prevista na elaboração da rede de assistência à gestante no Programa da Rede Cegonha.

Ao refletir sobre o universo de intenções que permeiam a efetivação do trabalho relacionado ao parto, lembramos o que Merhy (2006) nos diz sobre os formuladores de políticas, sujeitos (sociais) políticos e as arenas decisórias⁷:

“Parte-se da constatação de que a Saúde Pública, como política governamental, deve ser entendida como a configuração de um dado modelo tecno-assistencial, que expressa um projeto de política organicamente articulado a determinadas forças sociais atuantes nas arenas políticas decisórias, o que define o sentido das políticas públicas em geral.” (Merhy, 2006, p. 50).

É este o cenário político que o Programa Rede Cegonha precisará percorrer para efetivar o roteiro das etapas baseadas no modelo tecnoassistencial proposto pelo MS para constituição da rede assistencial na área materno-infantil. O projeto, já comentado anteriormente, terá que ser organicamente articulado pelo Grupo Condutor Estadual em arenas decisórias para ser efetivado enquanto política pública. Ao sublinhar a importância do diálogo em fóruns específicos sobre o nascimento, vale lembrar o aspecto contraditório da política em questão, que focaliza na reprodução sem levar em conta outros pontos que compõem a agenda da saúde integral da mulher.

Observamos que estamos tratando da formulação e validação da política relacionada à gestão do projeto da área materno-infantil. Todavia, o componente que não pode ser esquecido no cerne da discussão da Rede Cegonha são os vínculos empregatícios dos segmentos da classe trabalhadora envolvida no projeto. Neste caso, estamos nos referindo especialmente à categoria trabalhadora médica, ora associada à normatização do Ministério da Saúde, ora contrária, seguindo os interesses defendidos de forma corporativista. Sobre a permanente disputa do trabalho médico e não médico no interior dos bastidores da política nacional, Merhy (2006) nos fala:

“Entende-se que a predominância dos médicos, no campo da Saúde Pública, não foi casual, mas esteve vinculada, pelo menos a duas grandes questões: uma, que se refere ao fato de que o campo define seu objeto de ação a partir da concepção do processo saúde-doença, com o paradigma da clínica; e a outra, que se refere ao fato de os médicos terem se tornado uma categoria socialmente legítima para “falar” das políticas de saúde, como consequência de um conjunto de determinações históricas. No Brasil, é interessante verificar que os médicos conquistaram o seu lugar social, disputando-o com outros profissionais, desde o período imperial”. (Merhy, 2006, p.51)

⁷ Merhy E.E – A Saúde Pública como Política – Um Estudo de Formuladores de Políticas. 2006.

Para avançarmos na análise, correlacionaremos o modelo de atenção ao cuidado materno-infantil preconizado pela Rede Cegonha que apoia a implantação de Centros de Parto Normal, proposta considerada contraditória por não ser referendada enquanto espaço físico adequado aos padrões técnico-assistenciais estabelecidos pelos médicos. Os órgãos reguladores da classe profissional médica se posicionaram contrários à implantação dos CPN, decisão não reconhecida pelo MS, que manteve essa diretriz no PHPN.

O entendimento do CREMERJ sobre temas como a hierarquia médica dentro dos serviços públicos de saúde, a realização de parto em domicílio ou em outro espaço não hospitalar nos demonstra a intransigência e ausência do diálogo com as demais categorias de trabalhadores da saúde, postura que torna a entidade uma instituição isolada, fato evidenciado nos casos pesquisados.

A Resolução CREMERJ N° 160/2000 dispôs sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe na assistência Materno-Infantil multidisciplinar; veio considerar que o médico é sempre o responsável pela equipe e discorreu no segundo Artigo: “Deve o diretor técnico velar para que o integrante da equipe multidisciplinar não possa praticar atos para os quais não esteja habilitado, objetivando salvaguardar a saúde materna e perinatal”.

Ainda no âmbito do CREMERJ, o Parecer N° 185/2007, requisitado pela Dra. D.C.E.S.C⁸, solicita esclarecimentos quanto à possibilidade de prestação de assistência domiciliar ao parto. A Ementa publicada definiu que o CREMERJ não aprova a realização de partos em ambiente não hospitalar, haja vista a possibilidade de complicações nem sempre previsíveis no desenrolar do trabalho do parto. Segundo o parecer:

“O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro não aprova a realização de partos domiciliares, pois entende que esses expõem mãe e feto a riscos desnecessários, haja vista a possibilidade de complicações, nem sempre previsíveis no desenrolar do trabalho de parto, e a impossibilidade do seu tratamento na residência da parturiente. Vale ressaltar que a legislação médica vigente não contempla partos não-hospitalares e, assim, não respaldará o médico em eventuais complicações, salvo nos casos de iminente risco de vida.”
(Aprovado na Sessão Plenária de 13-06-07)

O trecho apresentado demonstra que o CREMERJ não abre precedente ao trabalho médico em domicílio por ter uma visão do cuidado à gestante já explicitado na anterior

⁸ O nome da médica está omitido por questão de sigilo.

Resolução CREMERJ N° 201/04, que estabeleceu e orientou quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação ao estabelecimento denominado Centro de Parto Normal (Casas de Parto). A Resolução de 2004 se utiliza do Decreto N° 20.931/32 (de 1932), o qual dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico responsável habilitado para o exercício da medicina. Outra alegação trazida foi a Resolução CFM N°1641/2002 que veta a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não médico. Considera, para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, que os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais.

Esse documento vetou o exercício médico de qualquer função nos locais denominados CPN, por não serem os mesmos dotados de infraestrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante. Orienta o médico a notificar por escrito ao CREMERJ, no prazo de 10 dias, o recebimento de pacientes oriundos dos CPN com toda documentação dispensada (guia de internação, atestado, prontuários, laudos e outros). O descumprimento da Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Em 2008, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu o Parecer N° 07/08 para a Universidade Federal de Juiz de Fora sobre os temas Portarias do MS que tratam de Casa de Partos, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros em CPN. A Ementa do documento diz:

“Médico não deve exercer atividades nos locais denominados Casas de Parto. Quando as solicitações de exames se destinarem a formulação de diagnóstico e tratamentos específicos, prerrogativa do médico, será obrigatório, na elaboração dos protocolos de programa de saúde pública a participação do médico” (Parecer N° 07/08).

O relatório do Parecer rejeita qualquer prática de assistência exercida por enfermeiros no acompanhamento da gravidez de baixo risco. Classifica o trabalho da enfermagem nos padrões normatizados pelo Ministério da Saúde como prática ilegal da medicina. Esse Parecer passou a fundamentar os demais pareceres sobre o referido tema no CFM.

Outro parecer arbitrário do Conselho Federal de Medicina (CFM) Nº 07/09 (ano 2009), solicitado pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, apresentou denúncia sobre a realização de partos por enfermeiras obstetrias sem a presença de médicos ginecologistas na Casa de Parto da Unidade Mista de São Sebastião-DF. O documento foi assinado pelo Conselheiro-relator Pedro Pablo Magalhães Chacel, em 18 de junho de 2009, em Brasília, no Distrito Federal. O relatório apontou que a CPN é uma unidade operacionalizada por enfermeiras, não possuindo infraestrutura para o adequado atendimento à gestante e acusa a enfermagem de estar realizando a prática ilegal da medicina. Alega que a enfermagem não é uma profissão liberal, portanto não pode realizar o exercício de atividades que competem somente aos médicos, como realizar diagnósticos clínicos, prescrever medicamentos, fazer requisição de exames e tratamentos médicos. Faz uma citação sobre as tarefas que cabem à enfermagem e sobre o Centro de Parto Normal, desqualificando-o como uma solução apenas para a população de baixa renda, já que neste local até parteira tradicional analfabeta pode prestar cuidados a quem nada tem.

Sobre a disputa do espaço para exercer o trabalho obstetra, a luta travada entre as categorias médica e de enfermagem fez com que a pesquisadora Narchi (2010) investigasse seis hospitais públicos paulistas, cuja estrutura hospitalar indicou ser desfavorável para ao trabalho da enfermagem, conforme o enunciado:

“Os resultados mostraram que os enfermeiros não dispunham de meios para operacionalizar o cuidado devido às barreiras institucionais e organizacionais com que se defrontavam. Conclui-se que para que possam exercer plenamente sua profissão na atenção ao parto os enfermeiros devem contar com estruturas mais favoráveis e fortalecer sua identidade profissional, o que pressupõe maior qualificação e poder”. (Narchi, 2009, p.546)

A posição defendida pelos órgãos da classe médica colocou-se claramente contrária às portarias publicadas pelo Ministério da Saúde referentes ao cuidado à gestação na perspectiva humanizada da assistência materno-infantil, política pública de saúde preconizada no âmbito da OMS/OPAS/MS, política demonstrada anteriormente. Porém, o CREMERJ (1997) denunciou a inexistência de vagas em maternidades no Estado do Rio de Janeiro da década de 1990.

O CREMERJ há 15 anos constituiu um grupo de trabalho para estudar a situação da saúde materno-infantil no Estado do Rio de Janeiro. Foi produzido um relatório (1998) visando apresentar propostas para reformular e normatizar os serviços obstétricos no

estado. Lembrando que, no ano de 1997, o referido órgão denunciou no Ministério Público Estadual e Federal a excessiva lotação dos serviços hospitalares. Sobre o Município do Rio de Janeiro, compreendido no documento como Região Metropolitana III, foi apontada a insuficiente cobertura de serviços assistenciais no denominado “cinturão metropolitano” (zona Oeste), onde não se fixavam profissionais médicos e de enfermagem. A rede de assistência do município foi considerada como um modelo “anárquico e desestruturado”.

A prefeitura do Município do Rio de Janeiro no ano de 2004 inaugurou em Realengo o único CPN do município, chamado de Casa de Parto David Capistrano Filho e inaugurado em 08/03/2004 (Resolução SMS nº 971 25/03/2003 e resolução SMS nº 1041 11/02/2004). Esse CPN foi fechado em junho de 2009 por determinação da Secretaria Estadual de Saúde, sob acusação de cometer irregularidades sanitárias. Voltando a funcionar uma semana depois por força de uma liminar judicial obtida pelo sindicato de enfermeiros do Estado, a Casa de Parto foi reconhecida como unidade que atende nos padrões estabelecidos pelo MS. Observamos que, desde a inauguração da Casa de Parto, nunca nenhum médico lá trabalhou.

Mediante nossa argumentação, é possível afirmar que, na região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, havia insuficiente oferta de leitos obstétricos para realização do parto de baixo risco no período descrito abaixo.

Quadro 7 – Nascimento por Local de Ocorrência Mun. Rio de Janeiro.

Nascidos vivos – Município do Rio de Janeiro						
Nascimento por Local ocorrência segundo Ano do nascimento						
Período: 2007–2011						
Ano do nascimento	Hospital	Outro Estabelecimento de Saúde	Domicílio	Outro	Ignorado	Total
2007	84.903	1.876	209	105	3	87.096
2008	85.523	1.562	245	79	2	87.411
2009	88.325	1.522	286	101	9	90.243
2010	84.753	1.783	247	91	4	86.878
2011	88.112	911	291	150	2	89.466

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A série histórica sobre o nascimento por local de ocorrência no Município do Rio de Janeiro vem acusar o quantitativo de partos ocorridos em domicílio, na média anual de

produção, em torno de 250 atendimentos. Incidência que sugere a contratação de profissionais enfermeiros obstetras para realização do parto domiciliar.⁹

A informação sobre outros estabelecimentos de saúde é referente a nascimentos ocorridos em Clínicas, UPAs, UBSs ou Hospitais sem leitos obstétricos. A coluna que aponta “Outro” local, consideramos como os nascimentos ocorridos em viaturas do SAMU, Corpo de Bombeiros, ambulâncias em geral, trem, metrô ou qualquer local público. A coluna sobre o local “Ignorado” é referente a nascimentos onde o bebê é localizado abandonado sem informações de onde ou como ocorreu o parto.

O total dos partos ocorridos no período foi informado por estabelecimentos de saúde públicos e privados. Observando a série histórica, verificamos o equilíbrio no quantitativo de partos realizados por local de nascimento, sugerindo a manutenção da oferta de serviços no município. Com exceção dos nascimentos ocorridos no hospital com leitos obstétricos, os demais locais precisam ser investigados para que a informação possa representar um indicativo sobre onde é necessário realizar investimentos.

Neste caso, o município do Rio de Janeiro, caso faça adesão ao programa nacional da Rede Cegonha, pode vir a obter financiamento segundo os critérios técnicos de estimativa *per capita* para implantação de 3 CPNs. Vale lembrar ser essa uma orientação política do gestor municipal, responsável por sua rede assistencial, conforme o pacto federativo de 1988.

Desse modo, concluímos que nas regiões metropolitanas como Rio de Janeiro e São Paulo, as taxas de morbimortalidade materna possivelmente cairiam se houvesse investimento na contratação e qualificação dos profissionais e ampliação da oferta de serviços obstétricos adequados à população. Essas iniciativas transformariam o cenário apresentado, onde as gestantes têm acesso a insuficientes serviços de baixa qualidade, conforme o panorama investigado.

Na verdade, a política nacional para o cuidado à saúde materno-infantil, como as demais existentes, somente prevê nas portarias publicadas pelo MS recurso específico para comprar bens e equipamentos para constituir serviços. As reivindicações trabalhistas sobre as carreiras funcionais e a qualificação no setor público, historicamente, são silenciadas.

⁹ Assistência ao Parto Domiciliar Planejado, conhecido como “Parto Ecológico”, realizado por enfermeiros com especialização em obstetrícia.

Aspecto este que provoca a inoperância e compromete a eficácia das ações de saúde previstas.

Questões como a falta de médicos no setor público, assim como enfermeiros para área obstétrica vêm desmontar a contraditória política da saúde, que investe nos espaços com ambiências específicas para realizar procedimentos entendidos como “ideais”, desconsiderando a existência ou não de profissionais que lá possam atuar. As unidades públicas de saúde nas regiões metropolitanas encontram-se superlotadas de gestantes não atendidas em suas necessidades, por não haver investimento financeiro por parte da gestão para a formação e contratação de profissionais para atender à população. Questionamos a efetivação da política pública na área materno-infantil, proposta na Rede Cegonha, sem a solução dos enfrentamentos aqui discutidos, sobretudo, aqueles referentes à formação e contratação com remuneração adequada a todas as pessoas que exercem o trabalho de partejar no SUS. Especialmente, nos referimos ao trabalho das parteiras, tratado no tema subsequente.

3.3. ANÁLISE DO DISCURSO DOS MANUAIS PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS

A análise das circunstâncias históricas sociais que permeiam a implantação do Programa da Rede Cegonha nos fez destacar as contradições observadas sobre questões relativas ao processo operacional de implantação, construção, financiamento e gestão das pessoas que irão atuar na rede. Como nas ações da Rede Cegonha é previsto fazer investimentos na qualificação de profissionais que atuam na área obstétrica, nosso estudo, considerando a desigual formação para o trabalho de partejar, priorizou analisar o material produzido pelo Ministério da Saúde para treinar as parteiras.

O teor do discurso objetivado nos materiais produzidos para treinar as parteiras tradicionais distribuídos inicialmente no Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e atualmente na Rede Cegonha será alvo de nossa análise. O dispositivo foi introduzido por ser escolhido como estratégia para treinar parteiras para a já mencionada lógica da promoção das “boas práticas”, que implicam na mudança da práxis dessas trabalhadoras no momento de partejar.

A primeira tiragem foi realizada no ano 2000, uma iniciativa do Ministério da Saúde no governo do Ministro José Serra, em parceria com a ONG Grupo Curumim –

Geração e Parto. Foram distribuídos 30.000 exemplares no país via Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do MS (2000).

O Programa da Rede Cegonha reeditou a versão atualizada do *Livro da Parteira*. Esse material resgatado foi publicado com a tiragem de 6.000 exemplares no ano de 2012. O objetivo foi fornecer o *Livro da Parteira Tradicional* obedecendo à mesma lógica de antes, associado ao fornecimento do kit parteira tradicional. A distribuição será feita nas UBSs ou ESFs mais próximas das localidades onde há parteiras tradicionais atuando.

As regiões de pouca concentração demográfica no Brasil são apontadas pelo conjunto de indicadores sociais como localidades onde há menos investimentos em políticas públicas sociais. Recorremos ao Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio¹⁰ em que consta uma agenda com iniciativas para atingir os ODM, comentado anteriormente. No eixo temático da saúde há dois objetivos relacionados ao nosso tema investigado: reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna. Para tanto, o governo federal apoiará as principais iniciativas relacionadas à universalização do atendimento qualificado e à interiorização dos programas de saúde.

Mediante as informações acima, é possível identificar a importância do Programa da Rede Cegonha como iniciativa no campo da política social para atingir os objetivos descritos no eixo saúde. Destacamos que nos oito ODM, apenas um foi pensado para área da Educação, que é universalizar a educação primária. Referente à interiorização das ações de saúde, vamos dar atenção ao cuidado à saúde em diferentes grupos sociais, visando conhecer os investimentos realizados no “treinamento” das parteiras tradicionais.

As populações ribeirinhas, indígenas, assentados e povos da floresta culturalmente reconhecem o trabalho da parteira tradicional. Pode-se afirmar que são grupos sociais que têm compreensão de espaço-tempo e identidade correlacionados à realidade do ambiente em que vivem, consideramos que a produção da sua existência está relacionada a esse modo de ser. Contudo, na avaliação das condições de vida a partir da perspectiva econômica capitalista, esses grupos são formados por pessoas que carecem ter acesso a bens e serviços que os aproximam do mercado de consumo. Serviços como escolas, postos médicos, empregos e habitação nessas regiões do Brasil historicamente chegam com as ações de interiorização realizadas pelo Estado.

¹⁰ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipeia – março de 2010, p.14.

Desta forma, as ações de saúde serão oferecidas a essas populações, implementadas pelo Estado, considerando o investimento de recursos necessários para assegurar assistência à saúde, assim como nas demais localidades do país. Não deve ser o setor saúde, assim como a educação, porta-voz de políticas públicas diferenciadas, reprodutoras da desigualdade social. Dando conformidade a essa lógica, vamos analisar o material produzido pelo MS para o treinamento das parteiras tradicionais.

O *Livro da Parteira* enquanto mecanismo inicialmente voltado para treinar parteiras na lógica higienista do uso dos kits distribuídos no ano 2000, vem apresentar adequações no conteúdo, mas o fornecimento será feito da mesma forma no Programa da Rede Cegonha. A discussão sobre o material pedagógico *Livro da Parteira* não cabe enquanto formação, pois está implícito que parte do pressuposto que fazer parto, a parteira já sabe. Outra questão seria uma suposta ausência da hierarquia na relação instituída entre os profissionais da saúde e a usuária do livro e kit. Isso aparece no texto enquanto discurso que inverte a relação para o uso do convencimento. Vejamos o texto publicado na Carta das autoras na 1ª edição e como ficou na 2ª edição:

1ª edição – “Agora, é seu e de muitas parteiras que, no seu dia-a-dia, precisam de um material de apoio que ajude na compreensão e aprendizado de assuntos relacionados à gravidez, parto, pós-parto, aborto e cuidados com o bebê”. (2000, p.07)

2ª edição – “O *Livro da Parteira Tradicional* foi elaborado para ser seu companheiro e acompanhar seus passos, incluindo espaço para complementação com seus saberes”. (2012, p.09)

A introdução de ambas as edições observa que a distribuição do material está condicionada ao treinamento das parteiras pelo serviço de saúde, como registrado abaixo na introdução do *Livro da Parteira*:

“Pretende-se que esse material seja de fácil entendimento e contribua para a assistência ao parto e nascimentos saudáveis, amorosos, seguros e respeitosos. Os desenhos visam facilitar o uso das parteiras tradicionais que ainda não aprenderam a ler e escrever. Queremos que este livro ajude a lembrar do treinamento e sirva para consulta nos casos de dúvidas. Para a leitura dos textos, se for necessário, sabemos que podem contar com a ajuda, em casa, de familiares e amigos.”
(BRASIL, 2012, p.09)

Percebemos o trato afetuoso reforçado para assistência ao parto por parte das parteiras, ou seja, são empregados valores que se acredita fazer parte do papel sociocultural desempenhado pela parteira: alguém que inspira confiança e respeito.

O contorno dado à situação de analfabetismo por parte das parteiras contribui para reduzir essa parteira a um patamar de fazedora das tarefas, desprovida de autonomia cognitiva para decisão dinâmica que cada parto exige, e ao mesmo tempo minimiza uma não escolarização por parte da trabalhadora. Queremos com isso demonstrar o quanto é indevido investir recurso público no fornecimento de livros grafados para parteiras que supostamente necessitam antes saber ler. O livro será um adereço sem função no treinamento das parteiras, no máximo será possível visualizar as figuras. A contradição encontra-se na forma desigual com que o Estado investe na qualificação dos trabalhadores que prestam assistência à gestante.

Observamos que aparece no texto, de maneira velada, a relação de “doação mútua”, onde o MS concede o apoio material na expectativa de que, após a efetivação da Rede Cegonha, um diferente vínculo seja criado entre os profissionais da saúde e parteiras:

“Com a implantação desta Rede esperamos que as parteiras tradicionais sejam cada vez mais acolhidas e valorizadas pelo Sistema Único de Saúde, no seu ofício de defender a vida e promover a saúde de mulheres e bebês”. (BRASIL, 2012, p.10)

Enfim, a contratualização das bases dessa parceria fica selada quando o MS concede o treinamento, kits e livro e, em contrapartida a parteira faz o parto e se torna promotora da saúde, ciente de que continua sem vínculo empregatício. Para o MS, houve a valorização do trabalho da parteira ao dispensar os insumos mínimos necessários para sua prática, mas contraditoriamente, o valor de uso do seu conhecimento não é ressarcido em forma de salário.

A segunda edição do *Livro da Parteira* possui informações complementares voltadas para a área do Planejamento Familiar e Cuidado com o Pré-natal, incluindo os ciclos da gravidez e Saúde da Criança e aborda também sintomas de anomalias advindas por situações de abortamento ou complicações na fase do puerpério. Absurdamente, em situações de maior risco para a gestante ou para o bebê, o máximo que o livro faz é alertar a parteira para solicitar transporte ou encaminhar a mulher ao hospital imediatamente, mas não faz menção sobre como isso será feito. O telefone que se encontra na capa do livro é do Disque Saúde, serviço de Ouvidoria do SUS.

Percebe-se, no escopo do material, a utilização de nomenclatura técnica da saúde não pertencente ao universo linguístico usual da parteira. No Capítulo 15, intitulado “Acompanhamento do Bebê”, há uma tarja em vermelho que acusa: “O tétano é uma doença grave, difícil de tratar e mata muitas crianças. A mãe deve ser vacinada contra o tétano durante a gravidez. Assim, ela protege também o bebê”. Lembramos que muitas localidades do Brasil o tétano é conhecido pelo senso comum, apenas como o “Mal de sete dias”.

Vejam as recomendações dispensadas no livro:

“ATENÇÃO: você tem que esterilizar o material e orientar a mãe a como limpar o umbigo todos os dias com o álcool, até cair. Não deve permitir que se coloque qualquer outra coisa no umbigo. Não deve permitir, também, que enfaixem o umbigo, pois o germe do tétano gosta de lugares fechados”. (BRASIL, 2012, p.145)

As parteiras são descaracterizadas socialmente como trabalhadoras quando são denominadas como “curiosas”, “aparadeiras” e “doulas”. A linguagem conferida no *Livro da Parteira Tradicional* é cuidadosamente revestida de não vinculação técnica profissional entre suas práticas e o SUS, diferente tratamento conceitual foi introduzido pelo guia produzido pelo Ministério para os ACSs,¹¹ onde é explicitado o objetivo de oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do agente.

Ou seja, os conteúdos oferecidos para qualificação do trabalho de um Agente Comunitário de Saúde ou um Técnico de Enfermagem nos moldes de competência para atuação num serviço de Atenção Primária da Saúde não os capacita para realizar um parto numa situação excepcional. Diferente é o caso da parteira tradicional, ela possui conhecimentos empíricos sensoriais sobre os aspectos fisiológicos do parto, mas é inegável que existem restrições laborais provocadas pela ausência de aparato material em torno de sua prática. Com isso, a parteira não tem como evitar riscos para a vida da mãe e do bebê durante o nascimento.

O valor de uso do conhecimento da parteira para ser reconhecido precisará passar por formação específica, em cursos com conhecimentos idênticos aos que qualificam os profissionais da área obstétrica, requisito para obtenção da certificação para o trabalho. Um processo semelhante ao ocorrido na Inglaterra há 200 anos, como trouxemos no primeiro capítulo. O sistema público de saúde tem a incumbência de oferecer certificação às parteiras, como também implantar CPN em territórios que possam servir de referência para

¹¹ Categoria profissional assalariada no SUS, amparada pela Lei Nº11. 350/06.

as gestantes que residem em localidades distantes. Neste sentido, a Rede Cegonha, para atender à diretriz do SUS voltada para a promoção da equidade, deve abrir mão do critério de investimento segundo a renda *per capita* nestes territórios, intervenção que irá assegurar o acesso das gestantes a serviços obstétricos de saúde.

A iniciativa governamental de treinar parteiras através do material elaborado faz parte da proposta de dispensação de insumos mínimos para realização do parto em territórios sabidamente desprovidos de qualquer dispositivo para assegurar a vida humana. Nesse sentido, o *Livro da Parteira Tradicional* não deve ser considerado um manual de procedimentos, no máximo um passo-a-passo para incorporação de artefatos materiais para auxiliar o trabalho do parto vaginal. Trabalho objetivado que resultará em novos afazeres e saber. O livro carrega a visão dos profissionais de saúde, beira o etnocentrismo sanitário quando valoriza excessivamente o comportamento higienista. O texto produzido no livro somente abre espaço para a troca de saberes quando diz respeito às ervas usadas pelas parteiras.

A Rede Cegonha vem considerar o trabalho das parteiras uma real necessidade, porém silencia sobre a desigual formação profissional destinada à categoria que atua sem ter remuneração que faça jus ao trabalho. Enfim, o alicerce teórico para finalizar as discussões aqui trazidas está relacionado ao processo da transmissão do conhecimento formal ou não, ou seja, aquele saber que é validado socialmente como pré-requisito para a vida humana. A concepção ontológica que faz do trabalho, a transmissão do conhecimento válido para melhorar as condições de vida em sociedade. Na perspectiva do treinamento feito para utilização do kit, o trabalho passa a representar a manutenção do *statu quo*, a resignificação da aprendizagem para mudança das práxis não foi objetivada; o que ocorreu foi somente a introdução de artefatos na perspectiva de higienizar sua prática.

Para resgatar os pressupostos iniciais relacionados ao entendimento sobre o trabalho de partejar, diríamos que, se o nascimento fosse igual em todos os partos, se não fosse determinado e modificado socialmente, possivelmente não faria parte integrante das políticas públicas de saúde priorizadas pela OMS. Nesse patamar de importância, nossa análise nos faz afirmar que o investimento governamental destinado à estruturação da rede de serviços adequados às necessidades de saúde da gestante para ser efetivado, necessita superar os demais desafios relativos à gestão do trabalho que precisam ser solucionados no bojo da política. Como investimentos em trabalhadores qualificados, definição dos papéis

funcionais no sistema público de saúde e a correção das distorções salariais provocadas pela disputa dos profissionais no mercado.

Concluimos destacando que os aspectos identificados como desestabilizadores da proposta governamental da Rede Cegonha são produzidos pela política neoliberal, que reduz as relações sociais a questões meramente reguladas pelo setor econômico. Portanto, partimos do pressuposto que os aspectos aqui analisados corroboram para a manutenção das elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil no Brasil.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ave cheia de graças...

Bendito é o fruto do vosso ventre...”

Ao iniciar os estudos em torno do objeto parto, levou um tempo até compreendermos que o parto não se tratava de um ato natural, mas de uma etapa da vida da mulher, repleta de significados e significâncias, podendo servir de ascensão religiosa, como no caso do cristianismo que vem colocar a mulher na centralidade da fé, por dar à luz o salvador do mundo; a ciência, que observa os aspectos biológicos do nascimento dos seres; a política, que regula aspectos demográficos e econômicos através do parto, e outras significâncias atribuídas ao tema, as quais não daríamos conta de trazer aqui.

Nesse sentido, buscamos o método histórico-dialético, cujo foco definido foi o trabalho de partejar nas dimensões histórico-política e social, pensado para analisar as desigualdades que envolvem essa prática no Brasil. Os pressupostos analisados na investigação nos permitem afirmar que o parto não pode ficar subentendido como um ato natural, por ser um fato histórico-socialmente produzido pelo ser humano.

A gravidez, por ser a fase da vida reprodutiva da mulher que não constitui doença, tornou-se um tema que impede a simplificação do “objeto” ligado somente à condição biológica feminina. Essa afirmação se deve ao fato de o parto exigir um grau de intervenção para redução do sofrimento. Intervenção que foi diversificada à medida que a sociedade avançou na disseminação de conhecimentos em torno da tarefa de partejar.

A produção de ideias sobre o trabalho de parturizar na sociedade brasileira historicamente estabeleceu a concepção de que a prática deve ser em cima do avanço tecnológico. Neste sentido, o Estado brasileiro contribuiu para efetivar este pensamento, quando instituiu políticas públicas de saúde na área materno-infantil na racionalidade do paradigma da categoria médica, defensora do projeto político econômico capitalista dependente.

Embora o projeto neoliberal do Estado brasileiro tenha avançado, trazendo a proposta do fenômeno da divisão do trabalho mediado pela especialização, pela formalização e hierarquização, o trabalho obstétrico no Brasil é executado em duas formas distintas: a primeira é reconhecida por oferecer assistência dentro dos padrões tecnológicos

e a segunda por destinar cuidados baseados no saber ancestral. Ambas geradoras de desigualdades, a primeira por ser atividade hegemônica semeada na ideologia neoliberal, a segunda pela exclusão dos direitos da formação e remuneração pelo trabalho realizado.

Salientamos que o trabalho de partejar executado por parteiras tradicionais ainda se faz presente no Brasil, por ser essa a única forma de cuidado oferecido à gestante nos territórios sem acesso a bens e serviços públicos. Fazemos essa afirmação por constatar que nas demais localidades do país as gestantes, no momento do parto, procuram os hospitais maternidades, como observado no segundo capítulo.

No tocante à racionalidade médica, esta tenta impedir a atividade de parturizar realizada atualmente por enfermeiros obstétricos ou outra categoria profissional não médica, o que constitui uma disputa política permanente travada no interior dos serviços obstétricos do país. Lembramos a disputa pela hegemonia do poder de classe no interior do Estado na visão de Gramsci (2000b), onde a hegemonia é uma relação contemporânea de poder presente nas sociedades capitalistas.

No interior do Estado brasileiro encontramos aspectos contraditórios na formulação das políticas públicas para área materno-infantil. Verificamos que o Projeto da Rede Cegonha se apresenta como a extensão qualificada da PHPN, não conseguindo ser uma proposta inovadora por concentrar esforços e financiar a capacitação do modelo de trabalho obstétrico na lógica mais antiga ou tradicional destinada ao cuidado da gestante, mantendo, assim, a mesma lógica do treinamento oferecido às parteiras que atuam em territórios sem serviços médicos, na racionalidade importada pelo Sesp, na década de 1940. A Rede Cegonha financia continuidade da distribuição de material básico para o trabalho, a expropriação do direito à formação certificada e a não remuneração salarial. Nesta ótica, podemos avaliar ser o Estado o reprodutor da desigualdade do trabalho de partejar no país.

A Rede Cegonha vem restringir o financiamento de unidades Peri ou Intra-hospitalar a áreas urbanas, visando ampliar a oferta de serviços sem discutir questões da gestão do trabalho dos profissionais que supostamente irão executar essa política proposta. Política contraditória que prevê financiar a implantação da rede assistencial para a gestante, sem dialogar com os trabalhadores responsáveis pelo cuidado das mesmas.

Finalizamos essas considerações sobre a análise do trabalho de partejar no Brasil e a Rede Cegonha, ponderando ser essa prática, permeada pelos conflitos aqui descritos que a tornam desigual na formação, nos espaços destinados ao parto e na remuneração da práxis. Obviamente, tamanha desigualdade no trabalho vem resultar no sofrimento e morte

de mulheres e crianças que necessitam ter assistência à saúde, independente de serem residentes nas metrópoles ou territórios longínquos.

O SUS prevê a universalização da atenção e a integralidade da assistência aos cidadãos brasileiros. Este estudo, não tem a finalidade de apontar erros ou desenhar críticas vazias, ele pretende servir como ponto de reflexão para criação de paradigmas que possam modificar o cenário observado. Que consigamos sair do universo de políticas historicamente focalizadas e compensatórias implementadas no setor público da saúde, para o patamar que efetive o cuidado à saúde do cidadão, entendendo que há pessoas atendendo pessoas.

De fato, o sistema público de saúde, para dar conta de oferecer assistência digna à população, o fará quando priorizar investimentos na formação de seus profissionais. Por isso a necessidade de expandir a oferta de cursos técnicos para qualificar os trabalhadores da saúde, entendendo que o ensino de qualidade para o setor saúde é capaz de modificar a história que encontramos sobre o partejar no Brasil.

5. REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J.G., **Cartilha da Parteira Tradicional**, Fortaleza, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**, Brasília, 1984. 27 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20.09.1990.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Parteiras Tradicionais**. Brasília, 1991. 10 p.
- _____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestação e Parto. **Livro da Parteira**. Brasília, 2000a. 166 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras. Tradicionais e experiências** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha**, Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Livro da Parteira Tradicional**. 2.^a edição, Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha**, Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde SUS, Do Sanitarismo à Municipalização**, Brasília, 2013.
- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126
- BRENES, A. C., **História da Parturição no Brasil, Século XIX**, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7 (2): 135-149, abr/jun, 1991.
- CALAINHO, D. B., **Jesuítas e a Medicina no Brasil. Dossiê**, Revista Tempo UFF, Rio de Janeiro, nº19, pp. 61-75.
- CARTA DE FORTALEZA., Revista The Lancet, 1985.
- CHARTIER R., “**Cultura Popular**” revisando um conceito historiográfico. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol.8, nº 16, 1995, p.179-192.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução N° 1641/2002**, publicada no Diário Oficial em 08-05-2008 Brasília DF.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO, **Assistência Materno Infantil no Estado do Rio de Janeiro**, Relatório, CREMERJ, Rio de Janeiro, 1998.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO **Resolução N° 160/2000**, publicada no Diário Oficial em 10-11-2000.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO **Resolução N° 201/2004**, publicada no Diário Oficial em 29-10-2004.
- FINKELMAN, J, **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**, Editora Fiocruz, 2002.
- FRIGOTTO, G, e CIAVATTA, M., **Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? Trabalho, Educação e Saúde**, Editora Fiocruz, 2003.

- GASTÃO, W. S. C., **Os Médicos e a Política de Saúde**, 2ª Ed., São Paulo, HUCITEC, 2006.
- GIACOMINI, S. M., **Mulher e Escrava: Uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil**, Ed. Vozes, Petrópolis, 1988.
- GORENDER, J., **O Escravismo Colonial**. São Paulo, Editora África, 1978.
- GRAMSCI, A., **Caderno do Cárcere. Vol. 3 Maquiavel. Notas sobre o Estado e a Política**. Trad. Carlos Nelson Coutinho, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b.
- LIGIERO, Z., **Influências**, site A cor da Cultura Mojubá. <http://antigo.acordacultura.org.br/mojuba/programa/influ%C3%A2ncias>
- LIMA, J.C.F, et alli. **Memória da Educação Profissional em Saúde. Anos 1980-1990**, Rio de Janeiro, EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MARQUES, M. B., **Breve história das disputas entre comadres, parteiras e médicos**, Revista Saúde em Debate, p. 16-20, 1982.
- MARX, K., **O Capital Crítica da Economia Política**, Editora Nova Cultural, São Paulo, 1996.
- MERHY, E.E., **A Saúde Pública como Política: Um estudo de formuladores de políticas**, Editora HUCITEC, São Paulo, 2006.
- MOTT, M. L. de B., **Madame Durocher, modista e parteira**, Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v. 2 nº 3, 1994.
- MORR, M. L. B., **Ser Mãe: A Escrava em face do Aborto e do Infanticídio**, Revista História, São Paulo, 120, p. 85-96, jan/jul, 1989.
- NAGAHAMA, E. E. I. e SANTIAGO S. M., **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3) p.651-657,2005.
- NARCHI, N.Z, **Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, jul-ago; 62 (4): 546-51, 2009.
- NETO, E.T.S, **Políticas em Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Revista Saúde e Soc. São Paulo, v. 17, n.2, p.105-119,2008.
- NEVES, M. W. e PRONKO, M. A., **O Mercado do Conhecimento e o Conhecimento para o Mercado**, Rio de Janeiro, Ed. EPSJV, 2008.
- PACIORNIK, M., **Partos de Córcoras – Aprenda a Nascer**, Editora Brasiliense, 1979.
- PAIXÃO, M. e GOMES, F., **Histórias das Diferenças e das Desigualdades Revisitadas: Notas sobre gênero escravidão, raça e pós-emancipação**, Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 16 (3): 424, set/dez, 2008
- PEDRO, J. M., **A Experiência com Contaceptivos no Brasil: Uma questão de geração**, Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260, 2003.
- PEREIRA, I.B e LIMA, J.C. F., **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2ª edição ampliada, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- RADIS, Revista, **Acesso e humanização, direitos da mãe e do bebê**, nº 117, Fiocruz, maio de 2012.
- REZENDE, J. de, **Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 2001.
- SABROZA, P.C, **Concepções de Saúde e Doença**, - In: Curso de Especialização Autogestão em Saúde. FIOCRUZ, 2001.
- SAVIANI, D, **Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos**, - Revista Brasileira de Educação. 2007.

- SERRUYA, S, J, CECATTI, J, G, LAGO, T, di G, **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289 set-out, 2004.
- SILVA, T.M.A e FERREIRA L.O, **A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960) - História, Ciências, Saúde – v.18, sup.1,p.95-112 dez.2011**. Manguinhos, Rio de Janeiro.
- DO VALE, N. B., DO VALE, L. F. B. e CRUZ, J. R., **O Tempo e a Anestesia Obstétrica: da Cosmologia Caótica à Cronobiologia**, *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59: 5: 624-647, 2009.
<http://www.vidamedica.com.br/mat68.pdf>
- VIANA, D. L e SILVA, C.R. L, **Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde**, Editora YENDES, 2010.

6. ANEXOS

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

*Institui, no âmbito do
Sistema Único de Saúde -
SUS - a Rede Cegonha.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a Portaria n° 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1° A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Art. 2° A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3° São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a [Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010](#), a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

f) qualificação do sistema e da gestão da informação;

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;

b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";

d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;

b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;

- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir à Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

- I - Adesão e diagnóstico;
- II - Desenho Regional da Rede Cegonha;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção
- IV - Qualificação dos componentes e
- V - Certificação

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:

- a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;
- b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal – CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional – CGR;
- c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e
- d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:
 - 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 - 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede;
 - 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
 - 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:

- a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;
- b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF;
- c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;
- d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;
- b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e
- c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV – FASE 4: Qualificação dos componentes:

- a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;
- b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V – FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

I – à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

II – ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e

III – ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I – Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publicada em portaria específica.

II – Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/GESCON/MS.

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo CGR, na CIB e no CGSES/DF.

§ 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD – Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos)
por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

ANEXO II

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

(A) Construção Centros de Parto Normal: R\$ 350.000,00

(B) Reforma Centros de Parto Normal: R\$ 200.000,00

(C) Aquisição de equipamentos e materiais para Centros de Parto Normal: R\$ 150.000,00

(D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00

(E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00

(F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00

(G) Custeio do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (cinco quartos de pré-parto, parto e pós-parto para cada CPN): R\$ 80.000,00/mês

(H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês

(I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.00,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.

(J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma

(K) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(L) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(L) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): nº de leitos x 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(M) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(O) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(P) Custeio dos leitos Canguru: nº de leitos x 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)

(Q) Custeio dos leitos novos GAR: nº de novos leitos x 480,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(R) Custeio dos leitos GAR existentes: Valor da diária = R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica 06 (seis) meses de processamento disponível nos sistema DATASUS/SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou convênios entre gestores e prestadores.

Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

ANEXO III

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma

Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

ANEXO IV

KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB – Pré-natal

Balança adulto

ANEXO V

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha

Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estéril embalados em uma caixa de plástico)

Trocador de fralda

ANEXO VI

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almofada ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

Avental plástico

Forro protetor